# DIE ENTWICKLUNG DER PÄDIATRIE ZUM EIGENEN FACHGEBIET

Dargestellt nach den Protokollen der Deutschen Ärztetage und nach den Publikationen im Deutschen Ärzteblatt

Detmar Witt

1980

Dissertations- und Fotodruck ANNELIESE SCHUBERT
Corneliusstraße 21 · 8000 München 5 · Telefon 26 81 77

AUS DER KINDERCHIRURGISCHEN KLINIK
DER UNIVERSITÄTS-KINDERKLINIK
im Dr. von Hauner'schen Kinderspital
Direktor: Prof. Dr. W. Ch. HECKER

---

# DIE ENTWICKLUNG DER PÄDIATRIE ZUM EIGENEN FACHGEBIET

Dargestellt nach den Protokollen der Deutschen Ärztetage
und nach den Publikationen im Deutschen Ärzteblatt

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Detmar Witt

aus Köln

München 1980

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. W. Ch. HECKER
Dekan: Prof. Dr. W. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung: 10.4.1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Meinen Eltern gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535726_0058

Inhaltsverzeichnis


Seite

Einleitung. Skizze der pädiatrischen Entwicklung von der Primitivmedizin bis ins 19. Jh. 1

Aufgabe und Ziel dieser Arbeit: Herausarbeiten des standespolitischen Teilaspektes der Pädiatriegeschichte.

1. Die Deutschen Ärztetage und das Deutsche Ärzteblatt 4

2. Die Pädiatrie in den ersten Jahren des Ärztevereinsbundes (1873-1901) 8

Berichte: Kindersterblichkeit. Diskussion der Kinderheilkunde bei der Spezialistenfrage. Bücher für Kinderheilkunde. Gründung von Vereinen für Kinderheilstätten. Forderung nach o. Professuren in Kinderheilkunde. 11. Int. Med. Congress: Sektion für Kinderheilkunde. Neue Prüfungsordnung: Besuch der Kinderklinik als Praktikant obligat.

3. Kinderheilkunde wird Prüfungsfach (1901-1918) 18

Berichte: Polemische Diskussion über das Spezialfach Kinderheilkunde. Befürchtungen der Hausärzte. Wissenschaftliche Deputation in Preussen befürwortet Fachgebiet Kinderheilkunde. Kinderheilkunde wird Prüfungsfach.

4. Der Facharzt für Kinderheilkunde (1919-1924) 40

Berichte: Notwendigkeit des Kinderfacharztes heiss umstritten. Bremer Ärztetag 1924: Leitsätze zur Facharztanerkennung. Der Kinderfacharzt. Diskussion.

5. Kinderärzte und Praktische Ärzte (1925-1928) 49

Berichte: Scharfe Wortgefechte zwischen Praktikern und Kinderärzten. Existenzfragen. 47. Ärztetag Danzig: Abgrenzung der Tätigkeit des Kinderarztes von der des Praktikers und Hausarztes. Diskussionen: Es handelt sich um natürliche Entwicklung. Wirtschaftliche Befürchtungen der Hausärzte. Wichtige Standesfrage. Begrenzung der Kinderarzttätigkeit, insbesondere bei Hausbesuchen. Ausbildung der Kinderärzte. Leitsätze angenommen.

Schluss. Zusammenfassung der Hauptströmungen und -ergebnisse, die zur Selbständigkeit des Fachgebietes Kinderheilkunde führten bzw. sie zu bremsen versuchten. Ausblick auf mögliche heutige Parallelen. 82

Zusammenfassung. 87

Literatur. 89

## Einleitung

Die Literatur aller Völker gibt uns seit den ältesten Zeiten Zeugnis von den Krankheiten der Kinder. Von ihnen berichten der Papyrus Ebers, der Berliner Papyrus, beide aus dem 16. Jh. v. Chr., chinesische, indische, vor allem aber griechische und römische Werke. Hierbei spielt wohl die Sonderstellung des Kindes mit hoher Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit eine gewisse Rolle.

Lange Zeit führte man im Volke die Kinderkrankheiten auf das Einwirken von Hexen zurück. Andererseits wurden die Erkrankungen im Kindesalter als Äquivalent zu denen der Erwachsenen angesehen, so dass bis zum Ende des 18. Jh. in den Krankenanstalten die Kinder stets bei den Erwachsenen lagen. (TELLER, 1976). Das Aussetzen von Kindern war in Babylon (2000 v. Chr.), wie Berichte bezeugen, erlaubt; in Rom und Sparta nahm es vor allem in wirtschaftlichen Notzeiten an Häufigkeit zu. Die christliche Moral konnte Kindermord und Aussetzung nicht billigen, und so wurde 787 n. Chr. in Mailand dank bischöflicher Gründung die erste Findelanstalt errichtet. Weitere entstanden in Rom, Neapel, Paris. Hier konnten Mütter ihre nicht erwünschten Kinder meist unter Wahrung der Anonymität abliefern. Die Sterblichkeit, bedingt durch Ernährungsstörungen und Infektionen, war in diesen Häusern sehr hoch.

Aus ihnen entwickelten sich nun die ersten Kinderkrankenhäuser, 1802 in Paris, 1830 wurde eine Kinderabteilung an der Berliner Charité geschaffen, und 1858 erhielt MAYR in Wien die erste ordentliche Professur für Kinderheilkunde. (PEIPER, 1958). Diese Anstalten erhielten zumeist keinerlei staatliche Unterstützung. Stiftungen bildeten ihren finanziellen Rückhalt. Die Folge war

grosse Ärmlichkeit. So konnte Ende des 19. Jh. HEUBNER sagen: "Kann es wohl einen schärferen Kontrast und ein dunkleres Rätsel geben als den Umstand, dass der Staat den Menschen eben in jenem Alter und unter solchen Umständen am wenigsten schützt, da er des Schutzes am meisten bedarf?" (TELLER, 1976). In der Charité starben beispielsweise 1870 70 % der Kinder unter zwei Jahren. Sehr gefürchtet waren die Gastroenteritiden. (PEIPER, 1958). Die enorme Vermehrung des medizinischen Wissens im 19. Jh. bedingte in Europa eine Spezialisierung auf dem Sektor der Heilkunde, wovon auch die Kinderheilkunde betroffen war. Für ihre Forschung spielte dabei zusätzlich die Tatsache eine Rolle, dass der Beginn der Industriealisierung von einer Steigerung der Kindersterblichkeit begleitet war. Da Deutschland fast keine Findelanstalten besass, hinkten hier Forschung und Lehre in der Pädiatrie deutlich hinter der anderer europäischer Länder her.

Einer der Wegbereiter der Kinderheilkunde in unserem Lande war August STEFFEN (1825-1910). Er, angesehener Kinderarzt in Stettin, Gründer der "Gesellschaft für Kinderheilkunde" (1883), forderte Kinderkliniken, Unterricht in Kinderheilkunde, eigene Fachvertreter und die Erhebung der Pädiatrie zum Prüfungsfach. Er schreibt: "Vielseitig hört man auf den Universitäten das Studium der Kinderkrankheiten überflüssig nennen. Man meint, mit Physiologie und Pathologie der Erwachsenen die ausreichende Grundlage zu haben, auf welcher sich in der Praxis die Einsicht in die analogen Prozesse des kindlichen Alters aufbauen lasse; und was gar die Therapie betrifft, glaubt man, mit der nötigen Verkleinerung der Dosen der Arzneimittel alles tun zu können, was nötig ist. Dass bei solchen Auffassungen von keiner Seite her ein reger Trieb vorhanden ist, Kinderkliniken zu gründen, ist

selbstverständlich." (PEIPER, 1958).

Noch 1902 besassen von 20 deutschen Universitäten nur 8 eine Kinderklinik. (PEIPER, 1958).

Den Beginn der Pädiatrie als Lehrfach können wir 1894 ansetzen, als HEUBNER in Berlin gegen den Willen der dortigen medizinischen Fakultät die erste ordentliche Professur für Kinderheilkunde in Deutschland erhielt. (DIEPGEN, 1965).

Im deutschsprachigen Ausland wirkten damals berühmte Pädiater: in Österreich T. ESCHERICH, A. EPSTEIN, in der Schweiz FEER und in Prag CZERNY, um nur einige zu nennen. Sie konnten für neu errichtete Lehrstühle an deutschen Universitäten gewonnen werden - FEER ging 1907 nach Heidelberg, CZERNY 1894 nach Breslau, später nach Strassburg und Berlin - und leiteten damit eine Entwicklung ein, die der deutschen Kinderheilkunde Weltgeltung einbrachte unter HEUBNER, KELLER, PFAUNDLER.

Diese unbestreitbaren wissenschaftlichen Erfolge bedingten aber noch lange keine fachliche Anerkennung der Pädiatrie und der Menschen, die sie in der Praxis zum Wohle des Kindes anwandten: der Kinderärzte. Sie standen jahrzehntelang unter standespolitischem Beschuss, bis sie und ihr Fach den Platz erhielten, der ihnen zustand.

Diesen Aspekt der pädiatrischen Entwicklung aufzuzeigen, soll die Aufgabe dieser Arbeit sein. Um diese Zielsetzung zu realisieren, brauchen wir das Zeugnis der Organe, die sich mit standesinternen Themen beschäftigen und somit auch mit den Vorgängen um die Pädiatrie, nämlich die Ärztetage und das Deutsche Ärzteblatt. Ihnen soll daher folgender Abschnitt gewidmet sein.

## 1. Die Deutschen Ärztetage und das Deutsche Ärzteblatt

Als primitive Vorläufer ärztlicher Berufsorganisationen können wir die Priesterschulen im alten Ägypten und die Asklepiadenschulen des Hippokrates ansehen. Sie wollten das Zusammengehörigkeitsgefühl ihrer Mitglieder erhöhen und ihre wirtschaftlichen Interessen vertreten.

Zusammenschlüsse von Ärzten mit wissenschaftlichem Charakter sind uns erst seit dem 16. Jahrhundert bekannt.

Im 19. Jahrhundert wurden sogenannte Ärztliche Vereine zunächst in Württemberg und Schlesien, später in der Pfalz, in Bayern, im Rheinland, in Westfalen und in Baden gegründet.

1869 wurde der Ärztestand in die Norddeutsche Gewerbeordnung eingefügt, die durch die Reichsgründung allgemeine Gültigkeit erhielt. Der Dresdener Arzt E. Richter, empört über die Herabwürdigung des Ärztestandes zum Gewerbe, bemühte sich besonders, die Forderung der Ärzte nach Selbstverwaltung durchzusetzen. Das Ergebnis war die Gründung des Deutschen Ärztevereinsbundes im Jahre 1872, dem zunächst 11 ärztliche Vereine beitraten. (SPANN, 1962). Sie nahmen am 17. September 1873 folgende Satzung an:

"§ 1. Unser Ärztevereinsbund hat den Zweck, die zerstreuten ärztlichen Vereine Deutschlands zu gegenseitiger Anregung und gemeinsamer Betätigung der wissenschaftlichen und praktischen, auch sozialen Beziehungen des ärztlichen Standes zu vereinigen.

§ 2. Zu diesem Verband kann jeder deutsche ärztliche Verein beitreten, dessen Mitglieder wirkliche, d. h. wissenschaftlich geprüfte und staatlich anerkannte Ärzte sind. Wenn Personen aus anderen Ständen (z. B. Apotheker, Chemiker, Techniker) Mitglieder eines solchen Vereins sind, so dürfen diese in Angelegenheiten des Ärztebundes nicht mitgezählt werden und nicht mitstimmen.

§ 3. Die Aufgaben und Zwecke der ärztlichen Vereine sind:

a) Förderung der ärztlichen Wissenschaft und Kunst, sowie der Interessen des ärztlichen Standes (z. B. insbesondere durch Gründung gemeinnütziger Anstalten, durch Regelung und Wahrung der Standesverhältnisse).

b) Fakultative Teilnahme an der öffentlichen Gesundheitspflege und Medizinalgesetzgebung: beides sowohl in staatlicher als in lokaler Hinsicht.

§ 4. Diejenigen ärztlichen Vereine, welche das Recht dazu noch nicht besitzen, haben dahin zu streben:

a) dass sie von der betreffenden Staats- oder Provinzial- oder Ortsbehörde als Vertreter des ärztlichen Standes anerkannt werden;

b) dass sie in allen in § 3 bezeichneten Angelegenheiten selbständig und unaufgefordert Anträge an die betreffenden Behörden stellen dürfen und darauf schriftlichen Bescheid erhalten müssen;

c) dass sie von den betreffenden Behörden, falls dieselben Verordnungen oder Gesetze in Betreff des ärztlichen Standes und des Medizinalwesens im Allgemeinen zu erlassen beabsichtigen, im voraus davon unterrichtet und vor der Fassung einer endgültigen Entscheidung erst um ihr Votum befragt werden.

§ 5. Der Ärztevereinsbund hält alljährlich mindestens eine Hauptversammlung (Ärztevereinstag oder Ärztetag) ab, deren Ort und Zeit vom Geschäftsausschuss im voraus festgestellt und rechtzeitig bekannt gemacht wird.
Hierzu senden die dem Verband angehörigen Vereine ihre Abgeordneten mit einem auf die bezügliche Versammlung lautenden schriftlichen Mandat.
Es können auch zwei und mehrere Vereine ihr Mandat auf einen und denselben Abgeordneten übertragen.

§ 6. Auf dem jährlichen Ärztevereinstag wird der Geschäftsausschuss (§ 8) neu gewählt, die Rechnung geprüft und genehmigt, werden die Geldbeiträge geregelt und in Empfang genommen, und sodann alle gemeinsamen Ärztevereinsangelegenheiten, sowie die Anträge des Geschäftsausschusses oder einzelner Ärztevereine oder ihrer Abgeordneten durchberaten, beziehentlich durch Beschlussfassung erledigt.

§ 7. Stimmberechtigt sind bei dem Ärztevereinstag nur die mit schriftlichem Mandat versehenen Abgeordneten. Stimmenmehrheit entscheidet.
Bei zweifelhaften Abstimmungen, oder wenn ein Mitglied solches beantragt, wird die Kopfzahl der einzelnen von den Abgeordneten vertretenen Ärztevereine ermittelt und zusammengerechnet, wobei jedoch Doppelstimmen zu vermeiden sind. Das Ergebnis der Abstimmung bzw. Kopfzählung ist als Mehrheitsbeschluss von allen zugehörigen Vereinen aufzufassen.

§ 8. Als Zentralorgan des Ärztevereinsbundes wird ein Geschäftsausschuss auf die Dauer bis zum nächsten jährlichen Ärztevereinstage mittels Stimmzettel gewählt. Dieser Ausschuss besteht aus sieben Personen, welche die Funktionen unter sich verteilen und Einen von sich zum Geschäftsführer des Ärztebundes ernennen.

§ 9. An diesen Geschäftsführer ergehen alle für den Geschäftsausschuss bestimmten Zusendungen, insbesondere die Mitgliederverzeichnisse aller Vereine und die Anträge einzelner Vereine. Der Geschäftsführer teilt die Eingänge den übrigen Ausschussmitgliedern mit und ist ohne deren Genehmigung nicht befugt, in Vereinsangelegenheiten Beschlüsse zu fassen oder auszuführen.

§ 10. Als Zeitschrift des Ärztevereinsbundes dient das von Prof. Dr. H.E. Richter in Leipzig herausgegebene "Ärztliche Vereinsblatt für Deutschland".

§ 11. Alle nicht in obigem enthaltenen Bestimmungen sind von den einzelnen ärztlichen Vereinen, oder von mehreren zusammentretenden, als partikuläre Angelegenheiten zu erledigen und nach Befinden in ihren besonderen lokalen Satzungen aufzunehmen.
Dies gilt z.B. namentlich von der Verschmelzung zu gröberen Vereinsgruppen (Gau- oder Provinzvereinen) und von der Abgrenzung oder Verschmelzung einzelner Vereine, sowie von Beschränkungen der Mitgliedschaft."
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 17 (1873).

Diese Satzung steckte den Rahmen ab, innerhalb dessen der Ärztevereinsbund seine Arbeit leisten konnte.

Das Ärztliche Vereinsblatt erscheint bis zum heutigen Tage, nur die Titel wechselten: ab 1930 heisst es Deutsches Ärzteblatt, nach dem

zweiten Weltkrieg Ärztliche Mitteilungen und heute Deutsches Ärzteblatt mit Untertitel Ärztliche Mitteilungen.

Auch die Ärztetage finden seit damals in jährlichem Turnus - lediglich durch Kriegswirren unterbrochen - statt. Auf ihnen standen brisante Themen wie Krankenversicherungen und Facharztfragen zur Diskussion. Es muss hierbei betont werden, dass die Ärztetagsbeschlüsse keine Rechtsverbindlichkeit hatten, sie konnten nur als Empfehlung an die Ärzte angesehen werden. Dennoch kann man die Ärztetage als Stimme der Ärzte ansehen, da dem Ärztevereinsbund nach und nach fast alle Ärztlichen Vereine beitraten.

Ein breiteres Forum für die Meinungsbildung innerhalb der Ärzteschaft stellte das Ärztliche Vereinsblatt für Deutschland dar, das Wortprotokolle der Ärztetagsdiskussionen druckte und Kommentare zu den behandelten Themen veröffentlichte.

Somit ist es auch die Hauptquelle unserer Abhandlung "Die Entwicklung der Kinderheilkunde zum eigenen Fachgebiet".

## 2. Die Pädiatrie in den ersten Jahren des Ärztevereinsbundes (1873-1901)

Im Jahre 1873, dem zweiten Jahre seines Bestehens, gibt sich der Ärztevereinsbund eine Satzung, die ich oben näher beschrieben habe.

In der Nummer 18 des Ärztevereinsblattes des Jahres 1873 befasst sich H. E. Richter, der Begründer des Blattes, mit der Frage: "Was haben die Ärzte für die öffentliche Gesundheitspflege getan? ... Von den Ärzten gingen jene lebhaften Bemühungen für Verbesserung der Schulgesundheitspflege aus, welche jetzt endlich in den einzelnen deutschen Staaten nach langem Kampf mit den juristisch theologischen Schulbehörden durchgesetzt worden sind. Von den Ärzten begünstigt sind Krippen (HELM in Wien etc.), Kinderspielschulen und andere Ergänzungen der Volksschule ins Leben getreten."

Die Sektion für medizinische Hygiene des Brüsseler Kongresses beschäftigt sich mit der hohen Kindersterblichkeit. Ihre Ursache erblickt sie in "Elend, Unwissenheit, Aberglaube, Immoralität." Zu ihrer Bekämpfung fordert sie: "1. Statistik der Todesursachen, 2. Förderung der Ernährung an der Mutterbrust, 3. Gründung von Kinderschutzvereinen, 4. Kinderbewahranstalten, 5. Unterricht über Gesundheitspflege in der Schule." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 55 (1876).

Diesem Thema widmet auch der 5. Deutsche Ärztetag in Nürnberg 1877 seine Aufmerksamkeit. In seinen Betrachtungen nehmen die Hebammen eine dominierende Rolle ein. So liegt dem Ärztetag der Entwurf eines sogenannten Hebammenkalenders vor, einer populären Abhandlung über "Verschiedene, die Behandlung der Wöchnerin und des Kindes betreffende Fragen, wie über das Kind-

bettfieber, die Reinlichkeit am Wochenbette, die Verschleppung des Kindbettfiebers, über Bäder, über den Gebrauch des Thermometers bei Fieber ...". Es handelt sich um "... auf praktischen Erfahrungen beruhende, sehr fasslich geschriebene Artikel." Weiter heisst es: "Der Ärztevereinstag erkennt an, dass für Herabminderung der Kindersterblichkeit und Erforschung der Todesursachen für die Todesfälle der Kinder in den ersten vier Wochen eines der hauptsächlichen Mittel ist, die genaue Controlle der Tagebuchführung und stetige Fortbildung der Hebammen." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 65 (1877).

In den folgenden Jahren finden pädiatrische Probleme nur geringen Niederschlag im Ärzteblatt. So lesen wir 1881 eine kurze Notiz über die Erscheinung des Buches "Die Kinderernährung im Säuglingsalter" von Dr. Biedert-Stuttgart; ebenso über die Gründung des Vereins für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten.

Auf der Tagesordnung des 11. Deutschen Ärztetages zu Berlin 1883 stehen Vorträge über Säuglingsernährung, wobei HENOCH-Berlin das Hauptreferat hält, in dem er den Wert der natürlichen Ernährung des Säuglings an der Mutterbrust betont. Kurz vor Beginn des Vortrages versucht ein Delegierter, das Thema von der Tagesordnung abzusetzen: "Es ist beabsichtigt, die Thesen, welche hier angenommen werden, von einer Commission ausarbeiten zu lassen und sie den Müttern in die Hand zu geben. Dann wird es sich gewiss vielfach zeigen, dass Differenzen der Anschauung existieren; es könnten Fälle eintreten, dass durch Darreichung dieser Ausarbeitung an die Mütter Ansichten Verbreitung erhielten, die sehr wesentlich verschieden sind von den Ansichten der prakticirenden Ärzte - ich denke z. B. an die Verschiedenheit der Ansichten der Referenten und der frankfurter Ärzte in Bezug auf die künstliche

Ernährung resp. den Nutzen der Milchcuranstalten. Also auch von diesem Punkte aus gesehen muss der Gegenstand als inopportun bezeichnet werden..." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 137: 234 (1883).

1887 erscheint im Ärzteblatt ein Bericht über den 6. Congrss für Innere Medizin. Die ersten beiden Tagungspunkte waren der Therapie der Phtise und der Localisation der Gehirnkrankheiten gewidmet. "... Das letzte, dritte Thema, welches zur allgemeinen Discussion gestellt war, lautete: Pathologie und Therapie des Keuchhustens." Nach eingehender Besprechung der verschiedensten Behandlungsmöglichkeiten gelangt man zu der Einsicht: "Die grosse Anzahl der von verschiedenen Seiten gepriesenen Mittel lässt wohl die Schlussfolgerung zu, dass wir zu einer rationellen Therapie des Keuchhustens noch nicht gelangt sind." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 182: 171 (1887).

Über ein Kinderkrankenhaus lesen wir 1889: "Der 45. Rechenschaftsbericht über die Olgaheilanstalt in Stuttgart giebt Kunde von den Vorkommnissen in dieser segensreich wirkenden Krankenanstalt für Kinder während des Jahres 1887. Nicht weniger als 1241 Kranke wurden verpflegt, ausserdem 1818 poliklinisch behandelt." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 201 (1889).

Im gleichen Jahre 1889 wird auf dem Braunschweiger Ärztetag, der sich mit der ärztlichen Standesordnung befasst, das Problem des ärztlichen Spezialisten angeschnitten. In den "Grundsätzen einer ärztlichen Standesordnung" heisst es: "1. Jede Art öffentlicher Anpreisung, sei es eine vom Arzt selbst ausgehende, sei es eine durch fremde Personen, sowie fortgesetztes Ankündigen in öffentlichen Blättern ist zu verwerfen. 2. Hierher gehört auch die Bezeichnung als Spezialist für bestimmte Krankheiten von Seiten solcher Ärzte, die nicht durch besondere wissenschaftliche

Ausbildung oder hervorragende Leistungen auf dem betreffenden Gebiet ihr Recht dazu nachweisen können. Solange der Staat nicht etwa auf Grund besonderer Prüfungen ein solches Recht verleiht, haben in zweifelhaften Fällen die Bezirksvereine hierüber zu entscheiden ...". Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 208 (1889).

Einige wichtige Aspekte in der Spezialistenfrage klingen in Artikeln an, die 1890 im Ärztl. Ver. bl. Dtschld. gedruckt werden: "Wer will es bestreiten, dass auch der wissenschaftlichste Arzt, wenn er nur ein Spezialfach Jahre hindurch betreibt, einer gewissen Einseitigkeit verfallen kann, die die Klarheit des Urteils trübt, und in manchen Fällen den Zusammenhang des Spezialleidens mit der Gesamtconstitution, die Abhängigkeit des örtlichen von einem ganz woanders nistenden Krankheitsherde verkennen und demgemäss falsche therapeutische Wege einschlagen lässt? ... Die hochangesehene Stellung, welche der ärztliche Stand früher im allgemeinen genoss, ... ist als ein schönes Vermächtnis aus dem grauen Alterthum anzusehen. Von den frühesten Zeiten bis in das später Mittelalter hinein lag die Ausübung der Heilkunde ganz oder zum grösseren oder geringeren Theile in den Händen der Priester und Kleriker. Selbstverständlich gab diese Doppelstellung dem Träger derselben eine grosse Macht, ein hohes Ansehen. Und diese bevorzugte Stellung in der Gesellschaft, die Vertrauensstellung in den Familien blieb den Ärzten bis zu dem Zeitpuncte, da der Specialismus in der Medicin sich mehr und mehr entwickelte. Einesteils die hervorragenden Leistungen einiger Specialisten, anderentheils die sehr natürliche Anschauung der Laien, dass der Specialist der beste Arzt in seiner Branche sein müsse, brachten es bald dahin, dass das alte Vertrauen zum Hausarzte abgeschwächt wurde, dass man den Nicht-Specialisten (resp. Nicht-Professor) nur als einen Arzt zweiter Classe ansah,

und dass die gute alte Sitte, jedes Leiden zuerst dem bewährten Hausarzte und Hausfreunde vorzutragen, in Wegfall kam... Dazu kam noch adjuvierend hinzu, dass, als man die lucrative Seite des Specialistenwesens erkannte, bald für alle möglichen Krankheitsgruppen sich Specialisten und Pseudospecialisten auftaten... Die Ausübung der Heilkunde ist somit mehr Geschäft geworden." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 213: 20 (1890).

In einem anderen Bericht heisst es: "... ein Theil der Ärzte keineswegs nur eine Specialität treibt, sondern mehrere gleichzeitig. Man könnte sich das noch gefallen lassen, wenn es sich um Fächer handelte, die einander nahe liegen, wie z. B. Frauen- und Kinderkrankheiten..." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 222: 399 (1890).

Eine Notiz im Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 215: 105 (1890) lautet: " 'Der Kinderarzt', Zeitschrift für Kinderheilkunde, herausgegeben von Sonnenberger in Worms, erscheint (neu) monatlich bei Heuser in Berlin und Neuwied, Preis 6 M im Jahr. Er will ähnlich anderen Centralblättern dem praktischen Arzt eine rasche Übersicht über die neuen Arbeiten auf dem betreffenden Gebiet im In- und Ausland vermitteln und wird man ein solches Bedürfnis wohl anerkennen müssen."

Über den Stellenwert, den die Pädiatrie in dieser Zeit besass, gibt ein Verzeichnis der Abteilungen des 10. Internationalen Congresses zu Berlin 1890 Auskunft: "1. Anatomie, 2. Physiologie und Physiologische Chemie, 3. Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie, 4. Pharmakologie, 5. Innere Medizin, 6. Kinderheilkunde, 7. Chirurgie, 8. Geburtshilfe und Gynäcologie, 9. Neurologie und Psychiatrie, 10. Augenheilkunde ..." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 220: 108 (1890).

Im Jahr 1891 erscheinen nur wenige Bemerkungen über die Ent-

wicklung der Kinderheilkunde im Ärzteblatt: "Die Gesellschaft für Kinderheilkunde hat die Verhandlungen ihrer 8. Versammlung, die in Bremen während der Naturforscherversammlung stattfand, in einem besonderen Hefte, Wiesbaden bei J. F. Bergmann durch E. Pfeiffer, herausgegeben. Die Hauptthemata: über Scharlach Ref. Thomas, Kindertuberculose Ref. Flesch, Erythema nodosum Ref. E. Pfeiffer, Cholera infantum Ref. Meinert, Behandlung der Diphterie Ref. Mayer und Ranke-Steffen. Die Referate sowohl als die Discussion sind von erheblichem Wert; namentlich möchten wir auf das letzte Thema hinweisen." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 227: 110 (1891).

Auf dem 10. Congress für Innere Medizin befasst sich HEUBNER-Leipzig mit "Tuberculin in der Kinderheilkunde". Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 229 (1891).

Ausser einer Buchneuerscheinung "Einfluss des Alcohols auf den Organismus des Kindes" von Demme-Bern werden noch die Errichtung eines neuen Kinderheilbades im Soolbad Sulza, eines Kinderspitals in Dresden und eines neuen Kinderhospitals in Leipzig erwähnt. Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 230-232, 234 (1891).

Die Frage des ärztlichen Spezialisten nimmt auch weiterhin viel Raum in den standespolitischen Diskussionen ein. Arthur HARTMANN schreibt 1892 unter dem Titel "Die medicinische Ausbildung in Specialfächern": "... Ist die Specialisierung der Medicin zu beklagen? Diese Frage muss mit einem entschiedenen Nein! beantwortet werden. In einem Artikel 'Über Specialkliniken' schreibt Traube in der Medicinischen Reform 1848, S. 18: 'Wir sehen es täglich, selbst der fähigste und gebildeteste klinische Lehrer beherrscht in Wahrheit immer nur einzelne Theile des ihm zugefallenen Gebietes. Es giebt darum keine allgemeine Klinik, in

der nicht gewisse Krankheiten besonders bevorzugt würden.' - Wir behaupten aber, dass tüchtige Diagnostiker lediglich in Specialkliniken gebildet werden können, wenigstens, dass hier die ungleich beste Gelegenheit zu ihrer Ausbildung vorhanden ist. Wenn heute von einem Lehrer verlangt werden sollte, die Gesamtgebiete vollständig zu beherrschen und zu lehren, so wäre ein solches Verlangen unerfüllbar, die Erfüllung eines solchen Verlangens von den nachteiligsten Folgen, da die fortschreitende Entwicklung der Medicin gehemmt würde.

Von der Inneren Medicin haben sich bis jetzt abgezweigt und werden an den meisten Universitäten besonders gelehrt: Neurologie, Psychiatrie, Kinderheilkunde, Dermatologie und Syphilis, Laryngologie. Von der Chirurgie haben sich abgezweigt und werden besonders gelehrt: Augenheilkunde, Ohrenheilkunde, Orthopädie und zum Theil die Gynäkologie. ... Durch die Specialisierung wird das Krankenmaterial gesammelt und kann der Studierende in kürzester Zeit von erfahrener und kundiger Seite mit demselben vertraut gemacht werden. Es ist dies der Vortheil der Arbeitstheilung... Meine Anschauungen möchte ich dahin zusammenfassen, dass die Specialisierung der Medicin als notwendig und wünschenswert anzuerkennen ist, dass die Studienpläne und die Prüfungsordnung der Specialisierung in solcher Weise Rechnung tragen müssen, dass eine gleichmässige Ausbildung des Arztes sich daraus ergibt. Auf diese Weise allein kann das Specialistentum in die ihm naturgemäss zukommende Stellung gebracht werden. Auf künstliche Weise, d.h. durch Verordnungen und Gesetzesparagraphen, die Specialistenfragen zu lösen, wird sich als fruchtlos erweisen." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 238: 61 (1892).

An anderer Stelle lesen wir jedoch folgendes: "... Auswüchse des Specialistentums hängen unserer Meinung nach eng mit dem Unwesen der Polikliniken zusammen... Der Gang der Dinge ist der, dass viele, welche einen Ferienkurs in einem Specialfach durchgemacht oder selbst ein halbes resp. ein ganzes Jahr in einer Poliklinik assistiert, vielleicht nur chloroformiert haben, nun selbst eine Poliklinik aufmachen... Eine weitere Errungenschaft der Neuzeit ist die, dass nicht nur Polikliniken für Specialgebiete aufgemacht werden, sondern auch Polikliniken für innere Krankheiten und für Kinderheilkunde. Ist etwa ein beschäftigter praktischer Arzt nicht mehr Kinderarzt, als ein Anfänger, der ein Jahr in einer Kinderpoliklinik Assistent war?" Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 242: 65 (1892).

Erwähnt werden noch zwei Bücher: die 4. Auflage von Baginskys Lehrbuch der Kinderheilkunde und von Monti und Berggrün (Wien) "Die chronische Anämie im Kindesalter". Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 247/248 (1892). Ein "Grundriss der Kinderheilkunde" von C. Seitz - München wird im Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 275 (1894) angepriesen.

Auf den internationalen Kongressen besitzt die Kinderheilkunde schon ihren festen Platz. So heisst auf dem 11. Int. Med. Congress in Rom, 1893, die Sectio 6, wie auch schon in den vorhergehenden Jahren, Kinderheilkunde. Auch der 8. Int. Congress für Hygiene und Demographie in Pest führt eine Section für Kinderhygiene. Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 251, 271 (1893).

Im Jahre 1894 feiert der Verein der Ärzte des Reg. -Bez. Düsseldorf sein 50jähriges Bestehen. In seiner Festrede stellt GRAF-Elberfeld die medizinische Spezialisierung als einen historischen Prozess dar: "... Und so treten wir denn - ziemlich genau vor einem halben Jahrhundert - in die neue Zeit, in das Zeitalter der

naturwissenschaftlichen Medizin... Und weil mit dem wachsenden Einfluss der pathologischen Anatomie und Physiologie auch unsere Pathologie eine ganz andere geworden ist, weil es sich nicht mehr um künstlich construirte Krankheitsbegriffe, sondern um Processe handelt, welche unser anatomisch geschultes Denken fortwährend auf bestimmte örtliche Veränderungen zurückzuführen bestrebt sein muss - obschon das lange nicht immer gelingt - so hängt damit eng zusammen der eminente Fortschritt in den einzelnen Disciplinen und damit auch das in seinen Auswüchsen so oft verurteilte Specialistenthum der Gegenwart.

Schon in den ersten Protokollen unseres Vereins finden wir die Klage, es sei niemand mehr im Stande, das ganze Gebiet unserer Wissenschaft zu übersehen; wie laut müsste heute, ein halbes Jahrhundert später, ein solcher Schmerzensschrei erst klingen!

Nutzlos ist das Bedauern des Einzelnen; mag er noch so sehr von der Pflicht und dem Streben durchdrungen sein, sich den Überblick über das Ganze zu wahren, eine jede Organerkrankung mit der gestörten Harmonie des Körpers in Beziehung zu bringen, der Aetiologie ihre hohe Bedeutung zu sichern, - er muss doch das Princip der Arbeitstheilung anerkennen."
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 282: 394 (1894).

1896 erscheint zum ersten Mal ein Centralblatt für Kinderheilkunde. Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 325 (1896). Auf eine rege Forschungstätigkeit in der Pädiatrie weisen diverse Artikel über Stoffwechselfragen, Keuchhusten und vor allem Diphterie in den Vereinsblättern der neunziger Jahre hin.

Über eine Reform der medizinischen Studienordnung in Österreich lesen wir, dass der Kandidat: "... je ein klinisches

Semester Psychiatrie, Augenheil- und Kinderheilkunde... hören müsse." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 319: 58 (1896).

Der Ausschuss der preussischen Ärztekammern fordert in einer "Zusammenstellung der Ergebnisse der Kommissarischen Beratungen über die Revision der medicinischen Prüfungen..." unter Punkt II "Ärztliche Prüfung": "5. An einem Tag ist der Kandidat über Kinderkrankheiten, Hals- und Nasenkrankheiten, Hautkrankheiten und Syphilis mündlich zu prüfen." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 330: 403 (1896). Einverständniserklärungen zu diesen Reformbestrebungen gehen von den verschiedenen Ärztekammern ein. Die Kammer von Hannover zur Entwicklung der neuen Prüfungsordnung: "4. ... die stärkere Berücksichtigung der Kinderheilkunde ist als Fortschritt anzuerkennen." Zustimmungen kommen auch von der Kammer für Berlin-Brandenburg und der rheinischen Ärztekammer. Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 339: 637 (1896).

Bis diese Reformbemühungen um eine Änderung der medizinischen Prüfungsordnung aber Gestalt annahmen und in Kraft traten, mussten noch einige Jahre vergehen. Eine Station auf diesem Weg stellt die Prüfungsordnung für Ärzte aus dem Jahre 1901 dar, die unter II. 2. bestimmt, dass der Kandidat "ein Halbjahr als Praktikant die Kinderklinik oder Poliklinik" besuchen müsse... Soweit am Universitätsort eine besondere Kinderklinik nicht besteht, genügt die Teilnahme an einem Kursus für das Fach in der entsprechenden Abteilung eines von der Centralbehörde ermächtigten grösseren Krankenhauses." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 455: 414 (1901).

## 3. Kinderheilkunde wird Prüfungsfach (1902-1918)

In den folgenden Jahren werden heisse Diskussionen über die Existenzberechtigung der Kinderärzte geführt; diese Auseinandersetzungen finden in zahlreichen, oft recht polemisch gehaltenen Berichten ihren Niederschlag. So lesen wir im Ärzteblatt von 1906 unter der Überschrift "Der Spezialarzt für Kinderkrankheiten vom Standpunkte der Praxis aus betrachtet": "Der Ausbau und die Vervollkommnung der medizinischen Wissenschaften hat im Laufe der letzten Jahrzehnte die Schaffung von Spezialgebieten herbeigeführt, die zum grössten Teile ihre Berechtigung haben und auch die Anerkennung der praktischen Ärzte geniessen. Hat vor 40 Jahren der Arzt in gleicher Weise sämtliche Gebiete der Medizin praktisch betrieben, so war dies nur möglich, weil im allgemeinen die Zahl der Ärzte nicht gross, ja in einzelnen Gebieten sogar Mangel daran war, dann aber, weil die Entwicklung der Spezialgebiete noch in Kinderschuhen steckte. Der Arzt der Jetztzeit findet es natürlich, dass es Ärzte gibt, die nur Chirurgie, nur Gynäkologie, Oto- und Rhinologie betreiben. Er weist die Kranken, wenn es sich um schwere und hartnäckige Krankheitsfälle in diesen Gebieten handelt, an den Spezialarzt, weil er anerkennt, dass seine technischen Fähigkeiten nicht hinreichen, um den Kranken die neuesten Errungenschaften der Technik zugute kommen zu lassen. Ist doch der Umfang der medizinischen Wissenschaft so gross, die Literatur so gewaltig geworden, dass ein Einzelner sie unmöglich beherrschen kann. Deshalb hat sich der Hausarzt, so schwer es auch für ihn war, darein gefunden, dass über seinen Kopf hinweg der Spezialarzt um Rat gefragt wird, ob immer zum Frommen des Patienten, das ist sehr zweifelhaft.

Wie verhält es sich mit der Spezialität für Kinderkrankheiten? Kann der praktische Arzt ein solches Spezialfach anerkennen? Ich antworte mit voller Überzeugung: 'Nein'. Der Sturm der Entrüstung, der ob dieser Behauptung aus dem pädiatrischen Lager sich erheben wird, kann diese Überzeugung nicht erschüttern. Der erste Einwand, den man machen wird, ist wohl der, warum gibt es Lehrstühle für Pädiatrie, warum gibt es auf den Hochschulen Kliniken für Kinderkrankheiten? Ich antworte darauf, nicht weil die Kinderkrankheiten ein besonderes Spezialgebiet darstellen, sondern aus praktischen äusseren Gründen trennt man die Kinder von den Erwachsenen; die Verpflegung der Kinder ist naturgemäss eine andere, und einzelne Infektionskrankheiten treten im Kindesalter so schwer und so häufig auf, dass man die erkrankten Kinder in besonderen, für sie eingerichteten Krankenhäusern unterbringt. Bedingt dieser Umstand für einen Arzt, der in solchen Krankensälen tätig ist, einen Grund, sich den Titel Spezialarzt für Kinderkrankheiten beizulegen? Ich sage wiederum: 'Nein'.

Die Tätigkeit des praktischen Arztes gestaltet sich in der Jetztzeit im allgemeinen so, dass ihm als Hauptfeld die innere Medizin zufällt. Als Arzt für innere Krankheiten besitzt er die Fähigkeit, die Krankheiten der Kinder genau so zu diagnostizieren, zu beobachten und zu behandeln, wie die Krankheiten des Greises und des jungen Mannes. Wie der geschulte und erfahrene Arzt wissen muss, dass die Pneumonie eines Greises anders verläuft als die eines kräftigen jungen Mannes, so weiss er auch, dass die Pneumonie im Kindesalter ganz anders verlaufen kann als jene... Oder kann er irgendeine andere Kinderinfektionskrankheit wie Masern, Scharlach, Keuchhusten, Diphterie besser behandeln als der praktische Arzt? Nein. Letzterer besitzt

genau soviel Schulung und soviel Ausbildung, genannte Krankheiten zu erkennen und zu behandeln als der sogenannte Kinderarzt. Bleibt noch eines, die Säuglingskrankheiten. Auf diesem Gebiete wird ja viel gearbeitet, doch ist der Effekt in der Praxis nicht dementsprechend...

Man könnte vielleicht den Schein einer Berechtigung für die Bezeichnung Spezialarzt für Kinderkrankheiten konstruieren, wenn der sogenannte Kinderarzt alle bei dem Kinde vorkommenden Krankheiten behandeln würde. Er schickt aber seine schwer augenkranken Kinder zum Augenarzte, seine schwer Ohrenkranken dem Ohrenarzte, genau wie der praktische Arzt, und räumt damit stillschweigend ein, dass er keine technischen Fähigkeiten besitzt, die wirklichen Spezialgebiete der Medizin ernsthaft zu betreiben; oft bleiben sogar die Leistungen hinter denen des allgemeinen Praktikers zurück, wie mir tüchtige Spezialärzte bestätigt haben. An diese rein medizinischen Gründe gegen die Bezeichnung Kinderarzt reihen sich andere, ethische und materielle. Ich habe bereits erwähnt, dass der Arzt sich darein gefunden hat, wenn über ihn hinweg seine Klientel sofort sich an den Spezialarzt wendet. Nie wird er aber sich darein schicken können, wenn er als Hausarzt übergangen wird durch Herbeiziehung eines Kinderarztes. Da erlebt man die merkwürdigsten Dinge, die den Arzt erbittern müssen. Ein angesehener Arzt hier behandelt in einer besseren Familie ein Kind an Husten. Auf der Lunge kein Befund. Nach acht Tagen erklärt der Arzt, dass wahrscheinlich der Keuchhusten sich entwickeln werde. Tags darauf erhält der Hausarzt, der schon jahrelang in der Familie tätig war, ein Briefchen, man hätte sich doch entschlossen, einen Kinderarzt zu holen. Solche Fälle kommen täglich vor und schaffen eine unüberbrückbare Kluft zwischen dem praktischen Arzte und dem Kinderarzte.

Noch schlimmer liegt es in der Kassenpraxis... Durch fleissige Arbeit der Standesvereine ist in vielen grossen Städten die freie Arztwahl bereits perfekt geworden, und zwar in der Art, dass den Kassenmitgliedern die Wahl zwischen Arzt und Spezialarzt freisteht und einem Wechsel des Arztes nichts im Wege steht. In Erkrankungsfällen liest das Mitglied des betreffenden Krankenvereins in dem Ärzteverzeichnis oder auf den Schildern die Bezeichnung 'Spezialarzt für Kinderkrankheiten' und denkt in seinem beschränkten Untertanenverstande, der versteht es besser als ein anderer Arzt und holt den Kinderarzt. Dieser läuft bis in die entlegensten Stadtviertel, ersteigt drei, auch vier Treppen, ist oft von ausnehmender Liebenswürdigkeit dabei und versorgt seine kleinen Patienten häufig mit Süssigkeiten, um sich beliebt zu machen. Auf diese Weise vereinigen diese Kollegen fast die ganze Praxis bei kranken Kindern in ihren Händen und entziehen den Ärzten einen grossen Teil ihres Einkommens...

Langjährigen, erfahrenen Praktikern passiert es häufig, dass, nachdem sie wochenlang ein pneumoniekrankes Kind behandelt haben und keine Besserung eintrat, der Kinderarzt gerufen wird. Der behandelnde Arzt hat Bedenken, mit diesem zu konsultieren, weil er einerseits von der Krankheit genau so viel versteht als der Kinderarzt, und eine Superiorität desselben sehr häufig nicht anerkennen kann, zweitens weil er sich sagt, es sei besser, mit Anstand die Tätigkeit in der Familie von selbst aufzugeben, weil in künftigen Krankheitsfällen der Kinderarzt doch sofort geholt werde. Letzterer folgt dem Rufe innerlich gewiss erfreut, äusserlich dem bisherigen Arzte sein tiefes Mitgefühl über die Absägung aussprechend. Nun kritisiert die wochenlang dauernde Pneumonie zufällig gleich nach Herbeiziehung des Kinderarztes.

Das vertreitet sich in der ganzen Nachbarschaft, und auch die Kinder dieser gehören bald zur Klientel des hervorragenden Spezialarztes. Und dieser? Lehnt er die Behandlung der Nachbarkinder ab, die ihm infolge einer ihm nicht zukommenden Berühmtheit übertragen wurde? Gewiss nicht. Er schädigt seinen Vorgänger materiell durch das Aushängeschild als Spezialarzt, ohne mehr zu vermögen...

In kluger Voraussicht dieser Dinge haben deshalb sämtliche Standesvereine der Pfalz schon vor Jahren einen Beschluss gefasst, laut welchem die Bezeichnung 'Kinderarzt' verboten ist. Man kann den Pfälzer Kollegen gratulieren, dass sie sich auf diese Weise immunisierten; diesseits des Rheins mehren sich die Niederlassungen der Kinderärzte zusehends sehr zum Schaden der praktischen Ärzte... Die Ärzte sind sich der Gefahren wohl bewusst, welche ihrer materiellen Lage seitens der Kinderärzte drohen..." (GUTKIND, 1906).

Zu diesem Thema bemerkt im gleichen Blatt ein Kollege: "Die Ausführungen des Herrn Kollegen Gutkind über obiges Thema sind zweifellos sehr interessant und enthalten, wie gar vieles in der Welt, neben verschiedenen Übertreibungen einen berechtigten Kern; mancher Satz ist gewiss mehr als einem Praktiker aus der Seele geschrieben. Es ist wohl ohne weiteres zuzugeben, dass der Spezialarzt für Kinderkrankheiten (Kinderarzt) den Allgemeinarzt in erheblicher Weise zu schädigen geeignet ist, und zwar in wesentlich höherem Grade als dies andere Spezialgebiete tun... Selbst ein so erfahrener Pädiater wie E. Henoch erklärt die Auffassung, dass die Kinderheilkunde eine Spezialität sei, als 'nicht zutreffend, weil alle Krankheiten der Kinder mit wenigen Ausnahmen auch bei Erwachsenen vorkommen.' (cf. Einleitung z. Lehrbuch, S. 1). Es ist aus der Natur der Sache auch

sehr leicht begreiflich, dass das Zusammenarbeiten zwischen Hausarzt und Spezialist gerade auf dem Gebiet der Pädiatrie ein in vielen Fällen äusserst heikles ist, und dass es gerade hier besonders leicht zu Reibungen, kränkenden und peinlichen Situationen kommen kann. Aber wenn dies auch alles zugegeben werden muss, und wenn es auch zweifellos in hohem Grade zu bedauern ist, so folgt daraus noch nicht ohne weiteres, dass der Spezialarzt für Kinderkrankheiten ohne Existenzberechtigung ist. Es handelt sich hier ja weniger um die Frage, ob der praktische Arzt dieses Spezialfach 'anerkennen' kann, als vielmehr darum, ob die Führung des oben genannten Titels - mit allen daraus folgenden Konsequenzen - als standesunwürdig, unkollegial, unehrenhaft oder auch nur als nicht fair anzusehen ist. ...

Wenn wir auf den Kern der Frage eingehen und gewissermassen 'ab ovo' beginnen, so werden wir unschwer zu der Überzeugung gelangen können, dass der Begriff der Spezialität in der Praxis sich im wesentlichen auf zwei Momente stützt: Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf ein bestimmtes Gebiet und Nachweis einer besonderen Ausbildung innerhalb dieses Spezialfaches. ... Der Umstand, dass die praktischen Ärzte durch die Konkurrenz eines 'Kinderarztes' wesentliche Unannehmlichkeiten und selbst bedeutende Nachteile haben, dieser Umstand allein kann es keinesfalls rechtfertigen, dass die genannte Spezialität gewissermassen in Verruf getan wird. ... Der Allgemeinarzt von heutzutage muss es sich gefallenlassen, dass seine rein-kurative Tätigkeit auf allen Seiten eingeengt und beschnitten wird. ... und muss der Gang der Dinge es mit sich bringen, dass der praktische Arzt sich in erhöhtem Masse wieder den Aufgaben zuwendet, welche recht eigentlich für ihn geschaffen sind: Prophylaxe,

Hygiene, Aufklärung, Überwachung der Lebensführung." (BARTSCH, 1906).

Diese Gedanken bleiben natürlich nicht ohne Resonanz. Und so kontern die Fachvertreter aus dem pädiatrischen Lager ihrerseits mit gezielten Argumenten: "In den folgenden Zeilen gestatte ich mir als Lehrer der Kinderheilkunde an der Akademie für praktische Medizin, also für praktische Ärzte, einige Bemerkungen zu dem gleichlautenden Thema des Herrn Kollegen Gutkind-Mannheim. ... Wenn aber der 'Spezialarzt für Kinderkrankheiten' sich, wie das unerlässlich ist, durch jahrelange spezielle Ausbildung an Kinderkrankenhäusern wie jeder berechtigte Spezialarzt ein spezielles, grösseres Wissen und Können auf seinem begrenzten Gebiet erworben hat, und gegenüber dem praktischen Arzte sich auf dieses beschränkt, so braucht ihm nicht ob solchen Erwerbes hin und wieder das Gewissen zu schlagen; sondern in lauterem Wettbewerb tut er als vornehm denkender Mensch so gut und recht seine Pflicht wie jeder Nicht-Spezialarzt. ... Und der Wink mit dem Zaunpfahl, der hier den Standesvereinen der linken Rheinseite gegeben wird, kann nur zu fruchtlosen, die Kollegialität zerstörenden, mindestens die Einigkeit aller Ärzte gefährdenden Versuchen führen, sachliche Fragen mit Gewalt zu entscheiden. Dass aber Kollege Gutkind die moderne Pädiatrie so niedrig einschätzt, beweist, dass er der Literatur derselben in den letzten zehn Jahren nicht genügend gefolgt ist. Ein Fach, dessen biologischen, hygienischen, pathologischen und klinischen Arbeiten gerade von unseren allerersten Internen eine so hohe Anerkennung gezollt wird, dessen Vertreter auf dem Gebiete der momentan vielleicht wichtigsten hygienischen Frage, der Säuglingssterblichkeit, die erfolgreichste Tätigkeit in praktischer und wissenschaftlicher

Hinsicht leisten, auch wo sie bei Kollegen und Laien zum Teil missverstanden werden, wird von Professor Quinkes bekanntem Aufsatz und einigen ähnlichen nicht in seiner Berechtigung berührt. Wo waren denn die wunderbaren Erfolge der heutigen Säuglingsbehandlung damals in den allgemeinen Krankenhäusern, mit 80 und mehr Prozent Säuglingssterblichkeit, ehe die moderne Pädiatrie sie in selbständiger, von keiner internen Klinik geförderten Weise aufgrund exakter wissenschaftlicher Forschung gezeitigt hat? ...

Die weitere Behauptung aber, dass der geschulte Kinderarzt nur probieren und experimentieren kann, ohne andere Resultate wie der allgemeine Arzt, d.h. ihm sterben mindestens ebenso viele kranke Säuglinge, beweist dies in krasserer Form. Qui crie, a tort, Herr Kollege! Aber das Studium von Czerny-Keller, des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie; Biederts Kinderernährung; Finkelsteins Säuglingskrankheiten; Heubners in Jahresfrist in zweiter Auflage erschienenes Jahrbuch; wie das neue Handbuch der Kinderkrankheiten werden jedem unbefangenen Kollegen zeigen, ob diese Behauptungen des Kollegen Gutkind nur einen Schein von Berechtigung haben. Gerade der Stoffwechsel des gesunden und kranken Säuglings ist ein so ungemein schwieriges, dornenvolles Forschungsgebiet, dass nur die moderne Säuglingsklinik mit vollendetem biologischem Laboratorium ein Durchdringen desselben in jahrelanger Arbeit gestattet. Seine Kenntnis aber schafft in rasch zunehmendem Masse uns einen Einblick in des Säuglings Ernährungsstörungen, eine exakte Diagnose und damit erst erfolgreiche Therapie...

Hier liegt die Wurzel der Frage nach dem Spezialfache der Kinderheilkunde! Solange an vielen Universitäten das Studium des

kranken Kindes, vom kranken Säugling gar nicht zu reden, von irgendeinem Lehrer im Nebenfache geleitet wird, ohne Klinik, ohne Lehrmittel, solange die Professur für Kinderheilkunde das Stiefkind der medizinischen Fakultät bleibt, solange nicht jeder Arzt auch beim besten Willen sich in der Kinderheilkunde ausbilden kann wie in der Frauenheilkunde, Augenheilkunde, den Erkrankungen der Sinnesorgane, solange, aber auch nur solange, wird dieses Spezialfach auch in der Praxis bleiben statt in der Lehrtätigkeit, wo es immer bleiben wird und muss.

Denn die innere Medizin mit ihren Stoffwechselstörungen, ihren chronischen Erkrankungen, dem ungemein weitgehenden Ausbau der Lehre der einzelnen Organsysteme, mit ihrer heute so vertieften wissenschaftlichen Einzelforschung ist bereits über das sie ganz umfassende Verständnis des Einzelnen hinausgewachsen. Dem Internen bleibt nicht die Zeit, sein ganzes Gebiet und daneben das der Kinderheilkunde zu bearbeiten, oder er versucht es zum Schaden beider. Welchen Fortschritt auf allen Gebieten der Medizin unser Wissen und Können durch die Spezialisierung aller Zweige gewonnen hat, bedarf keiner Erörterung. Die Kinderheilkunde ist als gesondertes Lehrfach in allen Ländern von der inneren Medizin geschieden worden, wo es eine wissenschaftliche Medizin gibt.

Erst wenn an allen Universitäten Deutschlands Kliniken für eine grössere Anzahl kranker Kinder und Säuglinge vorhanden sein werden und Lehrer, welchen jeder Fachgenosse ohne weiteres die Berechtigung zu ihrer Lehrtätigkeit zuerkennen wird, welche nicht erst mit der Würde auch die Leistungsfähigkeit erhalten zu haben glauben, ohne jede Vorbereitung auf das neue Lehramt, erst wenn für alle Studierenden die Möglichkeit, Kinderheilkunde

zu erlernen und das Pflichtgefühl, dies zu tun, vorhanden sein wird, wird der 'Spezialarzt für Kinderheilkunde' aus der Praxis verschwinden, aber als Konsiliarius aufgrund aussergewöhnlicher Vorbildung und speziellen Wissens und Könnens von dem praktischen Arzte gern im geeigneten Falle zugezogen werden. Zu verlangen ist allerdings, dass heute der Spezialarzttitel nicht unbefugt zu unlauterem Wettbewerb geführt wird. Hier wäre für die Standesvereine schon heute die Gelegenheit zum erfolgreichen Eingreifen. Sie haben sich nur von ihrem sachverständigen Standpunkte aus über die Bedingungen für die Führung des Spezialarzttitels zu einigen und die Erfüllung desselben oder die Aufgabe des Titels durch das Ehrengericht der Ärztekammer durchzusetzen, welche mit Ausschluss aus dem Standesverein, Geldstrafe und Veröffentlichung durch die lokale Presse vollkommen ausreichende Waffen zur Durchsetzung berechtigter Forderungen der Kollegialität und des Ehrgefühls besitzt." (SIEGERT, 1906).

Und ein Dr. Alsberg-Cassel, Spezialarzt für Kinderkrankheiten, schreibt: "... Die Idealgestalt des alten Hausarztes, wie sie mir noch lebendig vorschwebt, ist allmählich ein Opfer der verschiedenen Spezialgebiete geworden, die infolge des Fortschrittes der Wissenschaften an Umfang und Ausdehnung zugenommen haben, so dass sie unmöglich von einer Persönlichkeit beherrscht und demzufolge ausgeübt werden können. Ein ebenso bedauernswertes wie notwendiges Übel!

Und so steht es auch mit der Kinderheilkunde als Spezialfach, das hohe und schwere Aufgaben an seine Vertreter stellt, das aus der inneren Medizin hervorgegangen, eine Wissenschaft für sich geworden ist, die namhafte Männer wie Henoch, Baginsky, Czerny, Heubner, Escherich, Biedert und ihre fleissigen Schüler

binnen kurzer Zeit zu einem stattlichen Gebäude emporgerichtet haben. Ihrem unermüdlichen Fleisse ist es gelungen, der Kinderheilkunde auch in der Praxis zu der ihr gebührenden Stellung zu verhelfen, wennschon man ja in den Kreisen der allgemeinen Praktiker, wie jedem neuen Spezialfache, so auch diesem mit den gemischten Empfindungen eines negativen Wohlwollens begegnete, wie das Herr Gutkind in einer, gelinde gesagt, ungeschminkten Weise zum Ausdruck bringt.

Kein Arzt, der heute auf der Höhe des Wissens steht, wird wohl bestreiten können, dass die Anatomie, die Physiologie und damit auch die Pathologie und Therapie soviel Abweichungen und Eigenartigkeiten beim Kinde aufweisen, dass sie mit der Klinik des Erwachsenen in einer grossen Zahl von Fällen nicht in Vergleich gezogen werden können. - Die Ansicht, dass ein Kinderorganismus ein Erwachsener en miniature sei, bei dem nur einzelne Krankheiten, wie z. B. die Pneumonie, anders verlaufen, ist wohl mehr ein Symptom von Unkenntnis und Unwissenschaftlichkeit, um nicht zu sagen Unerfahrenheit, als ein diskutabler Gesichtspunkt. Der kindliche Organismus ist ein werdender Organismus, der in seinen einzelnen Phasen studiert, gekannt und verstanden werden muss, sowohl in körperlicher als in psychischer Hinsicht. Und das dieses nach dem heutigen Standpunkte so ohne weiteres einfach als selbstverständlich von dem allgemeinen Praktiker ohne jede spezialistische Schulung geschehen kann, dürfte, gelinde gesagt, wohl ein Beweis von Selbstüberhebung sein. Das eigenartige Verhalten in den verschiedenen Altersphären der Kindheit unter normalen wie nicht normalen Verhältnissen kann nur durch eine eingehende Ausbildung am Krankenbette erlernt werden, und das ist um so schwerer, als man durch exakt gelernte Untersuchungsmethoden, durch ein

objektives Eingehen auf das Individuum, durch eine peinlich genaue Semiotik der Kinderkrankheiten bei diesem auch ohne Anamnese finden muss, und zwar schnell finden muss, wo es fehlt und wo und wie und warum gehandelt werden muss. Ein schnelles Erfassen der Bedingungen und Indikationen beim Kinde sind nun einmal mit den Verhältnissen der allgemeinen Praxis nicht in einen Topf zu werfen. ...

In Erwägung dieser Tatsachen darf ich Herrn Gutkind wohl die Worte Schlossmanns entgegenhalten: 'Die Berechtigung der Kinderheilkunde, sich als Sondergebiet der Medizin zu betrachten, wird ernstlich wohl heute nicht mehr bestritten, denn ein solches Beginnen würde sich als elementare Unkenntnis der Pädiatrie und ihrer Bedeutung von vornherein kennzeichnen'. " (ALSBERG, 1906).

Der Leipziger San.-Rat Dr. Sonnenkalb sieht hinter den in der Auseinandersetzung bisher hervorgehobenen Argumenten noch einen weiteren Aspekt: "... Das, was den Kollegen Gutkind zu seinem Notschrei veranlasst, liegt in Wirklichkeit auf einem anderen Gebiete; es hat seinen Grund in der Tatsache, dass andere Kinderärzte, die von jenen anfangs charakterisierten wahren Kinderärzten kaum als ihresgleichen anerkannt werden würden, wie Pilze aus der Erde schiessen. Ein Jahr und oft wenig mehr an einem Kinderkrankenhause verbracht, wird von vielen als genügend angesehen, um am Türschilde die Bezeichnung 'Kinderarzt' erscheinen zu lassen... Ja, wenn diese 'Kinderärzte' wenigstens ihre Spezialität ausschliesslich betreiben wollten! Das fällt Ihnen aber gar nicht ein; in der Kinderheilkunde wollen sie als Spezialisten gelten, dass sie aber auch im übrigen alles andere genau so gut zu behandeln verstehen wie ihr Kollegen, ist ihrer Meinung nach natürlich selbstverständlich."

Und er stellt die Forderung auf: "... Von einem Kinderarzte, wenn daraus für die Praxis eine Spezialität gemacht werden soll, muss man neben der ausschliesslichen Betätigung auf diesem Gebiet verlangen, dass ihm ein Krankenhaus oder Säuglingsheim zur Seite steht, welches ihm zum dauernden Jungbrunnen für seine Spezialität wird. Ist das nicht der Fall, so kann er sich auf die Dauer nur durch das Schild an der Haustür von seinem tüchtigen, allgemein praktischen Kollegen unterscheiden, denn nun ist er nur noch in der gleichen Lage wie der allgemeine Arzt; er ist zu seiner Fortbildung nur auf die Literatur angewiesen." (SONNENKALB, 1906).

Wir wollen an dieser Stelle unseren Gang durch die Historie einmal kurz unterbrechen, um zu sehen, ob sich aus den bisher aufgeführten Notizen und zitierten Publikationen schon eine gewisse Entwicklungstendenz ablesen lässt.

Die Berichte, die im letzten Quartal des 19. Jahrhunderts den Fragenkomplex Pädiatrie behandeln, sprechen zum einen von der Gefahr der Einseitigkeit, der ein Arzt, der sich nur der Kinderheilkunde verschreibt, ausgesetzt ist. Zum anderen sehe sich der Hausarzt, bisher uneingeschränkt das Vertrauen der ganzen Familie geniessend, in seiner Funktion behindert und eingeengt durch den Kinderarzt. Die ganze Medizin drohe durch die Spezialisten mehr Geschäft zu werden.

Die Gesamtzahl der Artikel, die diese Problematik behandeln, ist aber noch gering, und es geben mehr Notizen Hinweise darauf, dass sich die Wissenschaft Kinderheilkunde im Schosse der Inneren Medizin ungehindert entwickeln kann - sie ist z.B. fester Bestandteil der Kongresse für Innere Medizin -, aber in ihr schon ein eigentliches Forschungsgebiet darstellt.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 238 (1892).

Auf diesem Felde droht der Kinderheilkunde keine Gefahr, aber da, wo es um den Nutzen der mühevollen wissenschaftlichen Forschung geht, in der Praxis nämlich, treten die Probleme, die sich ab 1870 ankündigen, schon in den ersten Jahren des neuen Jahrhunderts voll auf den Plan.

So weisen die Gegner einer Spezialisierung der Kinderheilkunde in den umfangreichen Publikationen des Jahres 1906 darauf hin, dass eine Trennung der Kinderheilkunde von der Inneren Medizin nur praktische Gründe haben kann, wie z. B. in einer Klinik. Und da der Praktiker die Innere Medizin beherrscht, kann er auch Kinder behandeln. Der Kinderarzt trägt nur dazu bei, dass der Praktiker übergangen werde und entziehe ihm so sein Einkommen.

Die Kinderärzte heben demgegenüber hervor, dass sie durch eine spezielle Ausbildung grösseres Wissen auf ihrem Gebiet besitzen. Und die modernen Arbeiten in der Kinderheilkunde auf biologischem, hygienischem und pathologischem Gebiet beweisen, wie sehr sich der kindliche vom erwachsenen Organismus unterscheide. Diese Arbeiten würden auch von den Internisten sehr gewürdigt. Die Innere Medizin selbst sei so umfangreich geworden, dass sich die Pädiatrie in allen Ländern von ihr getrennt habe.

Eine gewisse Lösung der Streitigkeiten sehen beide Seiten in einem rigorosen Vorgehen der ärztlichen Standesvereine gegen den unlauteren Wettbewerb mit dem Spezialarzttitel. Ausserdem werden für den Spezialisten eine besondere Ausbildung und eine Beschränkung seines Tätigkeitsfeldes gefordert.

Im weiteren finden wir im Ärztevereinsblatt viele Aufsätze, die sich mit dem Thema "Schädigung des Hausarztes durch den Kinderarzt" beschäftigen. Aber auch andere Aspekte werden aufgegriffen oder weiterverfolgt.

So heisst es 1907: "... Die Frage des Spezialarztes erregt zur Zeit die Gemüter, sie beruhigend zu entscheiden, wird schwerhalten. Über den 'Kinderarzt' sind unfreundliche Worte gefallen. Uns scheint die Spezialität nur für Säuglinge berechtigt. Wird jemand sich dafür ankündigen? Es möchte ein undankbares Geschäft sein.

Nennt sich aber ein Kollege 'Kinderarzt', so erweckt er bei dem Publikum damit den Glauben, dass seine Kunst und Kenntnis auch für das spätere Kindesalter (bis zum 15. oder 16. Lebensjahr?) eine überragende sei; damit schädigt und verdrängt er den Hausarzt, der ohnehin schon schwer zu kämpfen hat."
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 596: 189 (1907).

Oder: "... In meinem Referat musste ich voll und ganz anerkennen, dass durch die rapide Entwicklung des Spezialistenwesens der Stand der praktischen Ärzte in der Grosstadt in arge Bedrängnis geraten ist, und dass ganz besonders die Niederlassung von Kinderärzten dazu angetan ist, die Zukunft des Standes der praktischen Ärzte in schwerster Weise zu bedrohen."
(LUBINUS, 1907).

Der Offenbacher Ärztliche Verein beschliesst: "Der Verein hält aus prinzipiellen Gründen die Bezeichnung eines Arztes als Kinderarzt, Spezialarzt für Kinderkrankheiten oder dergleichen im Sinne eines bei Kindern allgemeine Praxis treibenden Arztes nicht für der Würde des ärztlichen Standes entsprechend. Der Leitung einer Kinderklinik und Ausübung rein konsultativer Praxis stehen keine Bedenken entgegen..."
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 615: 566 (1907).

Ein Dr. Krecker befürchtet, das Spezialistentum führe dazu, dass: "... der Hausarzt als Statist beiseite steht und aufhört,

eine Existenzberechtigung zu haben. Die Zersplitterung der ärztlichen Tätigkeit in eine Anzahl von Spezialitäten wäre das Endergebnis, zum Unheil für unsere Wissenschaft und für die leidende Menschheit." (KRECKER, 1907).

Weiter wird gegen die Kinderärzte gewettert: "... dass sie so ziemlich das ganze Heer der in ihr Gebiet fallenden Krankheiten in Besitz genommen haben, und dass der praktische Arzt (von der Kassenpraxis und wenigen treuen Hausarztstellen abgesehen) kaum noch Fälle von Geschlechtskrankheiten, Ohrerkrankungen, Frauenkrankheiten zu Gesicht bekommt."

Die neuen Spezialitäten betreffen Gebiete: "... die von jeher als die eigentliche Domäne des praktischen Arztes gegolten haben; ich nenne hier vor allen Dingen die Spezialität für Kinderkrankheiten... Wenn die praktischen Ärzte, die durch diese Spezialitäten in ihrem Lebensnerv getroffen werden, gegen diese Front machen, dann ist das keineswegs, weil sie 'keine anderen als finanzielle Motive' kennen, sondern weil sie von dem Bestehen und Überhandnehmen dieser Spezialitäten eine nicht wieder gutzumachende Schädigung des gesammten Standes befürchten. Was bleibt dann überhaupt noch für den praktischen Arzt übrig?" (ASSMUS, 1907).

Die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte versucht, mit folgender Resolution einen Schritt weiterzukommen: "In letzter Zeit ist in der Fachpresse vielfach die Frage erörtert worden, ob und in welchem Umfange es berechtigt sei, die Kinderheilkunde als Spezialfach auszuüben. Obschon die Berechtigung dieses Spezialfaches durch die besonders in den letzten zehn Jahren auf diesem Gebiete gemachten Fortschritte wissenschaftlich und technisch wie bei kaum einem anderen Spezialfache ausser Zweifel steht, wird in einer Stadt des rheinisch-westfälischen

Industriebezirkes eine durchaus unberechtigte Einschränkung der Tätigkeit der dort ansässigen Kinderärzte angestrebt, die deren Existenz vernichten müsste. Die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte hat hierzu in ihrer Sitzung vom 3. März d. J. Stellung genommen und folgende Beschlüsse gefasst:

1. Unter Ausübung der Kinderheilkunde ist zu verstehen: die Erteilung von Ratschlägen und Behandlung in allen die Physiologie, Hygiene, Pathologie und Therapie von Kindern betreffenden Fällen. Kinder sind Individuen, die noch nicht geschlechtsreif sind.

2. Die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte ist bereit, an einer Standesordnung für das gesamte Spezialarztwesen ihres Bezirkes mitzuarbeiten..."
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 600: 272 (1907).

Diese Anregungen der niederrheinisch-westfälischen Ärzte scheinen Früchte zu tragen, denn in den folgenden Jahren wird versucht, die Pädiatrieprobleme im Rahmen der gesamten Spezialarztfrage zu lösen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Statistik über die Zahl der Ärzte in Deutschland, die im Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 639 (1908) abgedruckt wurde. Demnach gab es 1906 in Deutschland 30 931 Ärzte, von denen 6 259 (= 20, 2 %) Spezialärzte waren. Von den Spezialärzten waren die meisten Gynäkologen, dann folgten die Augenärzte, die Ohren-, Nasen- und Kehlkopfspezialisten, an vierter Stelle standen die Chirurgen, es folgten die Internisten und die Kinderärzte, deren Gesamtzahl 369 betrug.

Im Jahre 1908 ergeht folgender Erlass des Preussischen Medizinalministers an alle preussischen Ärztekammern:

"Die zunehmende Zahl von Spezialärzten, welche zum Teil diese Bezeichnung sich ohne eine genügende wissenschaftliche besondere Vorbildung und ohne die erforderliche praktische Übung beilegen, hat mich veranlasst, die Erweiterte Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen gutachtlich über die Frage zu hören: Soll die Berechtigung der Ärzte, als Spezialärzte für einzelne Gebiete der praktischen Medizin sich zu bezeichnen, an bestimmte Bedingungen geknüpft werden und zutreffenden Falles an welche?

Die genannte Deputation hat in ihrer Verhandlung am 16. Oktober vorigen Jahres ihre gutachtliche Auffassung in folgenden Sätzen niedergelegt:

1. Die Berechtigung der Ärzte, sich als Spezialarzt für einzelne Gebiete der praktischen Medizin oder mit einem anderen gleichbedeutenden Titel öffentlich zu bezeichnen, ist an bestimmte Bedingungen zu knüpfen.

2. Folgende Einzelgebiete der Medizin kommen zur Zeit hauptsächlich in Frage:
a) Innere Medizin, b) Chirurgie, c) Augenheilkunde, d) Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, e) Geburtshilfe und Gynäkologie, f) Haupt- und Geschlechtskrankheiten, g) Nerven- und psychische Krankheiten, h) Kinderheilkunde.

Für die Berechtigung, sich als Spezialarzt oder mit einem anderen gleichbedeutenden Titel öffentlich zu bezeichnen, ist eine besondere Ausbildung nach Erlangung der ärztlichen Approbation zu fordern.

Die besondere Ausbildung muss bestehen: in der wissenschaftlichen Fortbildung und praktischen Beschäftigung während eines Zeitraumes, der erfahrungsgemäss zur selbständigen Betätigung

auf dem gewählten Gebiete erforderlich ist. In der Regel sind drei Jahre als erforderlich zu erachten. ... 4. Die besondere Ausbildung muss in Universitätsanstalten, Anstalten der Akademien für praktische Medizin, Spezialabteilungen grösserer Krankenhäuser oder bei anerkannten Spezialärzten gewonnen werden, und zwar in der Stellung als Assistent. Ein Verzeichnis der in Betracht kommenden Anstalten und Spezialärzte wird alljährlich von der zuständigen Behörde aufgestellt und veröffentlicht. Ausnahmen können unter besonderen Verhältnissen von der gleichen Behörde zugelassen werden. 5. Dauer und Erfolg der spezialistischen Beschäftigung sind durch eine Bescheinigung des ausbildenden Arztes nachzuweisen.

Von den Referenten ist bei der Beratung unter Zustimmung der Mehrzahl der Mitglieder der Erweiterten Wissenschaftlichen Deputation der Meinung Ausdruck gegeben, dass es sich empfehlen werde, die Spezialistenfrage als eine ärztliche Standesfrage zu behandeln und die weiteren Schritte zunächst der ärztlichen Standesorganisation (Einwirkung der Ärztekammer, Ehrengerichte) zu überlassen." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 671: 603 (1908).

Den Beschlüssen der Wissenschaftlichen Deputation liegt in nicht geringem Grade ein Referat des Geh. Med. -Rates Prof. Dr. LÖBKER-Bochum zugrunde, in dem dieser sehr weitläufig das gesamte Spektrum der Spezialistenfrage ausleuchtet. Zur Kinderheilkunde sagt er: "... Eine Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit nach Lebensstellung, Geschlecht und Alter der Kranken ist aber ganz unberechtigt, ja, man kann sogar mindestens sehr geteilter Meinung sein, ob die Spezialität der Kinderheilkunde in der ärztlichen Praxis anerkannt werden soll. während sie sich im klinischen Unterricht und auch in den Hospitälern der grossen Städte als selbständiger Zweig von der Inneren Medizin mit Recht

abgezweigt hat." Und an anderer Stelle zum Problem freie Entwicklung, Zersplitterung: "... Es ist jedoch nötig zu ... prüfen, welche Gebiete der Medizin überhaupt als Spezialfächer anerkannt werden sollen. Dabei muss einerseits eine übermässige, unnötige, ja schädliche Zersplitterung der klinischen Fächer vermieden werden, andererseits darf die freie Entwicklung neuer Spezialitäten in Zukunft nicht gehemmt werden."(LÖBKER, 1908).

Trotz dieser ausserordentlichen Anstrengungen, die schwierige Spezialistenfrage zu lösen, sehen sich die praktischen Ärzte nach wie vor in ihrer Existenz bedroht. So holt der Kieler Ärztliche Verein alte Argumente wieder hervor und zieht daraus seine Schlüsse: "... Der Kinderarzt hat gar kein Spezialfach, er behandelt vielmehr alle Menschen bis zum 16. Lebensjahre an allen Krankheiten... Wir praktischen Ärzte der Grosstadt sind eben, wie ich noch einmal betonen will, gar nicht mehr praktische Ärzte in dem Sinne unseres veralteten Titels; wir sind bereits Ärzte für innere Krankheiten und Kinderkrankheiten. Wir müssen, wenn wir Tüchtiges leisten wollen, auf diesem Gebiete genau so gut orientiert sein wie die Kinderärzte und wie die Ärzte für innere Krankheiten. ... Wir praktischen Ärzte werden durch diese neuen Spezialitäten auf unserem ureigensten Gebiete in den Augen des Publikums zu Ärzten zweiter Klasse degradiert, und dagegen wenden wir uns mit aller Energie. Wir kämpfen um unsere ärztliche Ehre. ..." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 679: 765 (1908).

Eine Änderung der medizinischen Prüfungsordnung im Jahre 1918 bringt die Pädiatrie wieder ein Stück weiter in Richtung wirklicher Selbständigkeit. Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 45: 80 (1918): "Bereits vor dem Kriege lag eine Reihe von Anträgen vor, die

eine materielle Abänderung der Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901 zum Gegenstand hatten. Sie gingen aus von den Fachvertretungen für pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie, für Hygiene, für Haut- und Geschlechtskrankheiten, für Kinderheilkunde, für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, für Pharmakologie und für soziale Medizin und bezweckten eine stärkere Betonung der genannten Fächer bei der Ausbildung und der Prüfung der Mediziner. Zu einer Erledigung dieser Anträge, die nur im Zusammenhang mit einer durchgreifenden Revision der Prüfungsordnung für Ärzte hätte erfolgen können, ist es vor dem Krieg nicht gekommen, und auch jetzt dürfte der Zeitpunkt hierfür allgemein nicht gegeben sein, da die Frage einer Verlängerung der Studiendauer, die bei der Aufnahme zahlreicher neuer Prüfungsfächer in erster Linie aufzuwerfen wäre, zur Zeit und wohl auch in den ersten Jahren nach dem Kriege hinsichtlich ihrer Zweckmässigkeit und Ausführbarkeit schwer zu beurteilen ist. Eine besondere Beurteilung erfordern indessen die Anträge, die sich mit einer gründlicheren Prüfung in der Kinderheilkunde und in den Haut- und Geschlechtskrankheiten befassten. Durch den Krieg haben diese Gegenstände zweifellos eine erheblich erhöhte Bedeutung erhalten. Eine vorweg erfolgende schärfere Erfassung dieser beiden Fächer bei den ärztlichen Prüfungen erscheint mithin berechtigt. Diesem Zwecke dient die vom Bundesrat beschlossene Abänderung der Prüfungsordnung für Ärzte. Künftig wird die zweite Abteilung der ärztlichen Prüfung - die medizinische Prüfung - in vier Teile zerfallen mit der Massgabe, dass in den neueingefügten dritten und vierten Prüfungsteilen die Prüfungen in der Kinderheilkunde und in den Haut- und Geschlechtskrankheiten von den betreffenden Fachvertretern abgenommen werden.

Bei der Durchführung der Bestimmungen wird Vorsorge zu treffen sein, dass die Prüfung in der inneren Medizin, die nach wie vor den wichtigsten Gegenstand des Prüfungsabschnitts bildet, durch die Neuregelung keine Beeinträchtigung erleidet. Die Neuregelung tritt mit dem 1. Oktober 1918 in Kraft."

## 4. Der Facharzt für Kinderheilkunde (1919-1924)

Durch die Integration der Kinderheilkunde in die ärztliche Prüfung bestehen an ihrer fachlichen Qualifikation nun wohl keine Zweifel mehr. Schwierigkeiten haben aber nach wie vor diejenigen, die die wissenschaftlichen Erkenntnisse und Fortschritte der Pädiatrie in ihrer täglichen Arbeit nutzbringend anwenden wollen, die Kinderärzte nämlich. Gegen sie richtet sich, wie schon in den Jahren vorher, weiterhin der Argwohn der praktischen Ärzte.

Im Ärztlichen Vereinsblatt lesen wir unter der Überschrift "Ist der Kinderarzt Facharzt?": "Diese Frage würde überhaupt keine Frage mehr sein, wenn die heutige Ärztegeneration insgesamt während des Studiums die Gelegenheit und die Pflicht (durch Beibringung von Praktikantenscheinen) gehabt hätte, Kinderheilkunde in einer von einem Kinderarzt geleiteten Kinderklinik zu hören. Dann nämlich würde jedem Arzt die Besonderheit und der Umfang der Kinderheilkunde deutlich vor Augen stehen. Grossenteils deshalb, weil der Mehrzahl der heute praktizierenden Ärzte ihr Wissen von den Kinderkrankheiten durch die innere Klinik vermittelt worden ist, wird noch immer von mancher Seite als unentschiedenes Problem behandelt, was längst aufgehört hat, Problem zu sein.

Der Kinderarzt ist Facharzt. Man wendet dagegen ein, dass der Kinderarzt weder, ungleich den meisten anderen Spezialisten, ein bestimmtes Organ besonders studiere und behandle, noch in seiner Tätigkeit eine besondere Technik anwende. Letzteres ist nicht zutreffend. Die diagnostische und therapeutische Technik des Kindesalters weicht in vielen Dingen von der des

Erwachsenen ab und verlangt besondere Übung. Kein Geringerer als Sahli hat eine Perkussion des Kindesalters geschrieben, und mit gleichem Recht liesse sich eine auf diese Altersstufe bezogene Auskultation oder Palpation lehren. Zuzugeben ist, dass der Kinderarzt nicht Organspezialist ist, sondern, wie der in der allgemeinen Praxis stehende Arzt, den ganzen Menschen behandelt; aber den Menschen in einem ganz besonderen, wohl gekennzeichneten und abgegrenzten Zustande, nämlich im Zustande der (körperlichen und geistigen) Entwicklung, des Ansatzes, des Wachstums, der Charakterbildung. Und hieraus ergibt sich die Sonderstellung der Pathologie und Therapie des Kindesalters. Krankheit ist die Reaktion der Körpers auf das krankmachende agens. Anders wirkt das agens ein, anders verläuft die Reaktion beim wachsenden und beim erwachsenen Menschen. Darum ist es abwegig, den Kinderarzt als Facharzt etwa nur für den Säugling anzuerkennen. Hier ist die Entwicklung allerdings lebhafter als in allen folgenden Altersstufen; hier weicht daher die Physiologie und Pathologie besonders stark von der des Erwachsenen ab. Die Eigenart des Stoffwechsels und seiner Störungen (Ernährungsstörungen), die Labilität des Nervensystems, die eigenartige Lokalisation und der eigenartige Ablauf der Erkrankungen der Atmungsorgane (Bronchiolitis, Bronchopneumonie, Streifenpneumonie) seien genannt. Krankheitsbilder entstehen, die vorwiegend dieser ersten Altersstufe eigen sind (Rachitis, Thymustod).

Doch auch das spätere Kindesalter behauptet in den meisten Erkrankungen seine Sonderstellung. Durchaus eigenartig ist die Symptomatologie der kindlichen Tuberkulose mit hervorstechender Beteiligung der Lymphorgane, mit Neigung zu miliarer Aussaat und mit starker Beteiligung der Knochen, während Lungen-

spitzenaffekte zu den grössten Seltenheiten zählen, wenigstens bis zum schulpflichtigen Alter. Der Verlauf der Infektionskrankheiten ist in den verschiedenen Altersklassen keineswegs gleich: der Typhus im Kindesalter ist sehr viel gutartiger als beim Erwachsenen, Keuchhusten im Säuglingsalter lebensbedrohend, im späteren Alter von guter Prognose. Die Verschiedenartigkeit der Krankheitsbilder beim Kinde und beim Erwachsenen verleitet den Mindergeübten leicht zu Fehldiagnosen; das eigenartige Bild des benommenen, somnolenten Säuglings und Kleinkindes wird oft verkannt, und BAGINSKY, der Altmeister der Kinderheilkunde, berichtet, wie er nach fleissigem Studium der inneren Klinik als junger praktischer Arzt die Mutter habe fragen müssen, ob denn das kranke Kind bei Bewusstsein sei, worauf diese mit Recht antwortete, das müsse er doch entscheiden. Gerade dies Erlebnis, sagt Baginsky, habe ihn veranlasst, sich eingehender mit der Kinderheilkunde zu beschäftigen. Die Diagnose wird erschwert durch die beim Kinde nicht selten vorhandene Psycho- und Neuropathie, wie denn überhaupt die genaue Kenntnis der kindlichen Psyche eine wesentliche Bedingung kinderärztlichen Handelns ist. Erschwert wird die Diagnose oft durch die Umgebung des Kindes, ferner durch die falsche Lokalisierung von Schmerzen u. a. m. Der Kinderarzt wird seine Daseinsberechtigung oft durch die Überlegenheit bei Stellung der Diagnose und Prognose beweisen können.

Nicht minder aber ist die Therapie des Kindesalters ein Gebiet für sich. Das beschränkt sich keineswegs auf den Heilplan der Ernährungsstörungen des Säuglings. Zahlreiche Monographien sind der Behandlung bestimmter Krankheiten im Kindesalter gewidmet.

Fehler in der Diagnose und Therapie sind beim Kinde oft verhäng-

nisvoller als beim Erwachsenen. Der junge, sich entwickelnde Körper reagiert auf therapeutische Massnahmen ungleich energischer als der Erwachsene.

Damit hängt zusammen, dass die Prophylaxe einen ganz besonders breiten Raum im Kindesalter einnimmt. In keiner anderen Altersklasse kann eine zielbewusste Vorbeugung annähernd gleich grosse und entscheidende Erfolge verzeichnen. Diese Erkenntnis ist noch nicht genügend Gemeingut geworden und ist praktisch noch nicht genügend verwertet. Immerhin steht ein erheblicher Teil der sozialen Einrichtungen für das Kind im Zeichen der Prophylaxe.

Die soziale Kinderfürsorge steht in engstem Zusammenhang mit der Kinderheilkunde; ihre Kenntnis und Beherrschung erfordert gleichfalls ein eingehendes Studium.

Fasst man alles, was hier nur kurz und durchaus lückenhaft angedeutet ist, zusammen, so ergibt sich ein gewaltiges, gut umgrenztes Gebiet, zu dessen völliger Beherrschung eine ausschliessliche Beschäftigung unerlässlich ist. Dabei nötigen die raschen Fortschritte der jungen Disziplin zu beständigem eindringendem Studium der umfangreichen Fachliteratur. Damit ist natürlich nicht gesagt, dass der praktische Arzt nicht auch Kinder behandeln könne; Chirurgie und Geburtshilfe sind zweifellos anerkannte Spezialfächer, aber keinem Arzt ist es verwehrt, sich in ihnen zu betätigen; und es gibt genug praktische Ärzte, die auch diese Fächer in manchmal recht grossem Umfang beherrschen. Trotzdem werden Kassen- und Privatpatienten den fachärztlichen Rat und die fachärztliche Hilfe des Chirurgen oder Geburtshelfers nicht missen wollen. Und so wird, auch wenn die Ausbildung des Studenten in der Kinderheilkunde

den gleichen Stand erreicht haben wird wie in der Chirurgie oder Geburtshilfe, der Kinderarzt, der eine mehrjährige spezialistische Ausbildung genossen hat, der durch die Beschränkung auf dies eine Fach reiche Erfahrungen sammeln und Fortschritte der Wissenschaft verfolgen kann, seine Daseinsberechtigung als vollwertiger Facharzt behaupten.

Der wichtigste Einwand gegen die zunehmende Spezialisierung, die aber eine notwendige Folge des zunehmenden Umfanges unserer Wissenschaft ist, besteht in der nicht unbegründeten Furcht, dass dem Arzt der Kranke nicht mehr als Individuum (d.h. Unteilbares) erscheine, sondern als ein mehr oder minder lockeres Gefüge von Organen. Diese Gefahr besteht, aber gerade der Kinderarzt hat diesen Vorwurf nicht zu fürchten, weil gerade er den kindlichen Menschen in toto zum Gegenstand seines Studiums und seiner Heiltätigkeit gewählt hat. ..."
(TUGENDREICH, 1919).

Noch eine kleine Notiz: "Die Kommission für Bevölkerungspolitik in der preussischen gesetzgebenden Landesversammlung hat in ihrer ersten Sitzung einstimmig beschlossen, die Staatsregierung darauf hinzuweisen, dass sie die Schaffung von Professuren für Kinderheilkunde an sämtlichen preussischen Universitäten und die Ausgestaltung des Unterrichts in der Kinderheilkunde für eine dringende Aufgabe erachtet, deren Durchführung noch im Sommersemester nötig erscheint. Dass diese Professuren nur mit wirklichen Fachleuten besetzt werden, wurde als selbstverständlich bezeichnet."
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 46: 53 (1919).

Der 42. ordentliche Deutsche Ärztetag in Karlsruhe 1921 will unter Tagesordnungspunkt 2 "Die praktische Ausbildung zum Arzte" behandeln. In den Leitsätzen dazu lesen wir unter Punkt 7:

"Die Ausbildung während des praktischen Jahres beschränkt sich auf innere Medizin, Chirurgie, sowie Frauenheilkunde, Geburtshilfe. Die Dauer für innere Medizin beträgt sechs Monate, je drei Monate für die beiden anderen Fächer. Je ein Monat praktischer Tätigkeit in der Kinderheilkunde darf für die innere Medizin ... angerechnet werden."
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 48: 215-217 (1921).

Und weiter beschäftigt die Facharztfrage den ärztlichen Stand. 1922 erscheint: "Zur Facharztfrage. Von der Leitung des Verbandes der Fachärzte Deutschlands wird uns folgender Entwurf von Richtlinien zur Anerkennung von Fachärzten und ihrer Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit zugesandt mit dem Bemerken, dass dieser Entwurf das Ergebnis mehrfacher Aussprachen und Umfragen darstellt. Um die Richtlinien auf eine möglichst breite Grundlage zu stellen, unterliegt der Entwurf zur Zeit der Begutachtung der Universitätskliniken, der Ärztekammern, ...

I. Bezeichnung der anzuerkennenden Sonderfächer:
... 16. Kinderheilkunde ...
II. Als Ausbildungszeit ... soll in der Regel gefordert werden ... für Kinderheilkunde drei Jahre."
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 49: 197 (1922).

1923 lesen wir im Ärzteblatt: "Leitsätze zur Anerkennung und praktischen Tätigkeit von Fachärzten.
I. Ein Sonderfach muss als ein in sich abgeschlossenes Gebiet der Heilkunde oder als Gruppe von zusammengehörigen derartigen Gebieten ungeteilte Anerkennung geniessen und zu seiner Ausübung eine besondere wissenschaftliche und technische Vorbildung voraussetzen, wie sie das medizinische Universitätsstudium und das praktische Jahr allein nicht zu bieten vermögen.

II. Bei der Bezeichnung als Facharzt kommen zur Zeit folgende Sonderfächer in Betracht:
1. Chirurgie, 2. Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, 3. Orthopädie, 4. Augenkrankheiten, 5. Hals-, Nasen-. Ohrenkrankheiten, 6. Haut-, Harn- und Geschlechtskrankheiten, 7. Nerven- und Geisteskrankheiten, 8. Röntgen- und Lichtheilkunde, 9. Zahn-, Kiefer- und Mundkrankheiten (dazu Approbation als Zahnarzt nötig), 10. Innere Medizin, 11. Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, 12. Lungenkrankheiten, 13. Kinderkrankheiten (nur bis zum vollendeten 13. Lebensjahre).
III. Obwohl eine besondere Prüfung für Fachärzte weder erwünscht noch nötig ist, soll doch die Berechtigung, sich als Facharzt zu bezeichnen, an bestimmte Voraussetzungen geknüpft sein, und zwar zur Zeit an folgende:
1. Der Facharzt muss eine genügende Ausbildung in seinem Sonderfach haben.
2. Als genügend ist eine Fachausbildung ohne weiteres anzunehmen, wenn sie nach erlangter Approbation und nach Beendigung des praktischen Jahres beträgt: für die bei II. unter 1, 2 und 10 erwähnten Sonderfächer mindestens 4 Jahre, für die übrigen mindestens 3 Jahre...
V. Eine gesetzliche Regelung der Facharztfrage ist weder erwünscht noch notwendig. Sie ist lediglich eine ärztliche Standesfrage, die die praktischen Ärzte und die Fachärzte in gleicher Weise berührt und nur durch kollegiales Verständnis und durch Zusammenarbeiten beider gelöst werden kann...
VI. Diese Leitsätze treten ab 1. Oktober 1923 in Kraft..." (KUSTERMANN u. STUELP, 1923).

Ihnen widmet sich auch der 43. Deutsche Ärztetag in Bremen 1924. Er behandelt sie an seinem zweiten Verhandlungstag unter Punkt VI.

Der Referent Kustermann-München führt zunächst aus, dass die Wissensvermehrung in der Medizin das Spezialistentum bedingt habe, und da der Patient gleich den Weg zum Spezialisten finde, ohne den Hausarzt zu konsultieren, werde der immer mehr verdrängt. "Der praktische Arzt soll als Hausarzt wieder in seine früheren Rechte eingesetzt werden. Der Facharzt soll auf Grund eines Nachweises von mehrjährigem Sonderstudium durch einen ärztlichen Prüfungsausschuss als solcher anerkannt werden; er muss sich jedoch auf sein Spezialgebiet beschränken und darf keine hausärztliche Praxis ausüben. ..." (KUSTERMANN, 1923).

Für die Fachärzte ergreift der Berichterstatter Stuelp das Wort: "... Zur Begründung der Leitsätze übergehend, führt Referent bei der Aufzählung der einzelnen zulässigen Sonderfächer aus, dass insbesondere der Facharzt für Innere Medizin seitens der praktischen Ärzte stark angefochten werde ..., aber in richtiger Begrenzung seiner Tätigkeit und bei moderner Ausbildung ergänze er den Praktiker und sei diesem nötig. - Ähnlich sei der Facharzt für Kinderkrankheiten Angriffen ausgesetzt; seine Berechtigung an sich aber sei unbestreitbar, nur dürfe er sein Fach nicht als Sprungbrett zur allgemeinen Praxis benutzen. ... Facharztbezeichnungen überhaupt abzulehnen, sei nach Lage der Dinge jetzt nicht mehr möglich. Wohl aber müsse jetzt eine reinliche Scheidung gefunden werden und alle Verschleierungen (Sprechstunden der Praktiker für besondere Fächer, fachärztliche Zusätze) bekämpft werden... An eine staatliche Prüfung denke niemand, aber eine Prüfung der Qualifikation durch Standesorgane sei unerlässlich; ein freier Beruf gebe sich eben seine Gesetze selbst..." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 51: 222-224 (1924).

Mit der Annahme der Leitlinien zur Facharztfrage durch den Bremer Ärztetag steht neben anderen auch der Kinderarzt auf festem Boden.

## 5. Kinderärzte und Praktische Ärzte (1925-1928)

In der Praxis ergeben sich zwischen Allgemeinärzten und Pädiatern bei der Behandlung zwangsläufig Berührungspunkte und Tätigkeitsüberschneidungen, die vor allem in der Frage der Hausbesuche zu Unstimmigkeiten zwischen beiden Gruppen führen. Wirtschaftliche Gründe spielen hierbei keine geringe Rolle.

Die Bremer Leitlinien von 1924, die ansonsten eine befriedigende Lösung der Facharztfrage herbeiführten, konnten diese Probleme nicht völlig lösen. Ihre Thematik nimmt daher in den folgenden Jahren in der ärztlichen Standesdiskussion breiten Raum ein.

So schreibt Karl Jacobs-Breslau unter dem Titel "Bisherige Erfahrungen mit den Bremer Leitsätzen zur Facharztfrage": "... Das Haus und die Hauspraxis gehört dem Hausarzt, dem Praktiker; das ist ein Axiom, an dem nicht gerüttelt werden darf, wenn es zu einem wirklichen und dauerhaften Frieden zwischen Fachärzten und Praktikern kommen soll." (JACOBS, 1925).

Über die Verständigung zwischen Fachärzten und Praktikern heisst es weiter: "... Sie wird unmöglich, wenn wir auf das Gebiet der Inneren Medizin und der Kinderheilkunde kommen. Diese beiden Gebiete wurden von jeher und werden noch heute als das Fundament des Tätigkeitsfeldes des Praktikers betrachtet. Wird ihm dieses noch geraubt oder erheblich erschüttert, so hört die Daseinsberechtigung des medicus practicus auf. ... Denn wo soll bei beiden Sonderfächern die Grenze liegen, ob ein besonderes, fachärztliches Wissen erforderlich ist oder nicht? Ich verkenne nicht, dass in beiden Disziplinen in den letzten Jahrzehnten grosse Fortschritte gemacht worden sind.

Deren Auswertung braucht hier aber nicht, wie bei den chirurgischen Fällen, an dem Mangel manuell technischer Fertigkeiten oder lokaler Verhältnisse zu scheitern, sondern sie besteht meistens in einer exakteren Diagnosestellung und der Anwendung neuerer Behandlungsmethoden, deren Kenntnis sich zu verschaffen dem mit der Zeit fortschreitenden Praktiker ebenso möglich ist wie dem Facharzt. Die Fälle, die dem Facharzt vorgeführt werden müssen, sind eben nur die diagnostisch unklaren, bei denen der Praktiker mit seiner Untersuchung die Diagnose nicht vällig klären zu können glaubt. Bei den internen Fällen und den Kinderkrankheiten ist also das wesentliche Moment für die Hinzuziehung eines Facharztes die Stellung der Diagnose. Ist diese geklärt und der Heilplan festgelegt, warum soll dann der Facharzt einen solchen therapeutisch doch leicht zu behandelnden Fall dauernd weiter im Hause behandeln? Auch bei diesen Spezialitäten gilt doch der Satz, dass wir Praktiker eben in dem Facharzte die wirkliche Autorität sehen wollen, die sich aber, wenn sie für uns Autorität bleiben soll, eben nicht mit dem Kleinkram der ärztlichen Wissenschaft zu beschäftigen hat. Ich weiss, dass das Facharzttum in seiner heutigen Form wenig Ähnlichkeit mehr hat mit dem uns vor dem Krieg vertrauten. An und für sich könnte uns Praktikern das gleichgültig sein, aber die Tatsache, dass die fachärztliche Bezeichnung beim Publikum eine Reklame für den Betreffenden abgibt, die zur heutigen Zeit eine bessere Zugkraft ausübt als die einfache Bezeichnung 'Praktischer Arzt' gibt uns doch Veranlassung, dafür zu sorgen, dass dieses bessere Aushängeschild eben nur für die Tätigkeit benutzt wird, die ihm zugeschrieben wird. ... Und darum möchte ich zum Schluss nochmals kurz zusammenfassen: Ein grundsätzlicher Verzicht der Fachärzte auf

Hausbesuche ist die conditio sine qua non für einen erträglichen Zustand zwischen Fachärzten und Praktikern..." (JACOBS, 1925).

Im Ärztlichen Vereinsblatt von 1927 steht unter "Heisse Punkte in der Facharztfrage": "Wenn sich auch die Richtlinien für die Facharztfrage in ihrer Gesamtheit erstaunlich schnell im Standesleben eingeführt haben..., gibt es in Einzelfragen begreiflicherweise noch manche Meinungsverschiedenheiten, namentlich in Bezug auf die sachliche Auslegung. Man darf nicht vergessen, dass bis zum Ärztetag in Bremen im Jahre 1924 eine weitgehende Willkür, zumindestens eine grosse Unsicherheit hinsichtlich der Voraussetzungen für die Bezeichnung als Facharzt sowie über die Abgrenzung der Einzelgebiete und der fachärztlichen Tätigkeit als solcher herrschte. Durch die Richtlinien ist hier eine höchst erspriessliche Regelung, wenn auch nur in grossen Zügen, angebahnt worden. Manche Streitfragen allerdings scheinen dauernd im Fluss zu bleiben, und hier ist es namentlich das Verhältnis des Facharztes für innere Krankheiten und des Kinderarztes zum praktischen Arzt, das immer wieder zu Auseinandersetzungen, ja zu Misshelligkeiten Anlass gibt. Beiden Kategorien wird von den praktischen Ärzten vielfach vorgeworfen, dass sie allzusehr in das Gebiet der hausärztlichen Tätigkeit eingreifen und den Grundsatz der Richtlinien verletzen, wonach sich Fachärzte im wesentlichen auf konsultative Sprechstunden und Anstaltspraxis beschränken, d.h. also, Hausbesuche nur in besonderen, notwendigen Fällen machen sollen. Die Schwierigkeit einer befriedigenden Lösung liegt wohl hauptsächlich darin, dass gerade beim Internisten und Kinderarzt die Sprechstundenbehandlung eines Falles bei Verschlimmerung des Zustandes sehr oft die Fortsetzung der Behandlung im Hause des Kranken nötig macht, und dass tatsächlich dabei

vielfach eine Verwischung des fachärztlichen Charakters der Tätigkeit eintritt derart, ... dass der Kinderarzt nichts anderes als den Hausarzt für die Kinder der Familie darstellt. ... Immer wieder muss betont werden, dass sich für so manche Grenzfrage keine starren Regeln aufstellen lassen, und dem kollegialen Takt sowie der verständigen Einwirkung der örtlichen Organisation manches überlassen bleiben muss. ..." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 54: 315 (1927).

Ein Kinderarzt befürchtet: "... dass ihm seine mühsam aufgebaute Existenz genommen werden, dass er wirtschaftlich vernichtet werden soll. ... Der Kinderarzt soll nur auf die Sprechstunde beschränkt bleiben. Was bedeutet das? Ist es den Herren vielleicht unbekannt, dass beim Kinderarzt die Sprechstunde nur einen kleinen Teil der Behandlung ausmacht, da es in der Eigenart des Kindes liegt, sehr vom Wetter, von den Entfernungen, von den häuslichen Verhältnissen abhängig zu sein, so dass in den meisten Fällen der Besuch des Arztes im Hause notwendig ist?" Und er glaubt zu erkennen: "... dass es sich um ein Anstemmen gegen eine Entwicklung, gegen ein Muss handelt; man hat sich nur die verhältnismässig kleinen und anscheinend wenig mächtigen Gruppen der Internisten und Kinderärzte herausgesucht, weil man glaubt, gegen sie zunächst mit Erfolg vorgehen zu können. ... Nur wirtschaftliche Interessen spielen bei den Forderungen des Verbandes der praktischen Ärzte eine Rolle, das Interesse des Patienten kommt nicht in Frage. ... Das kranke Kind gehört in erster Linie ins Bett und der Kinderarzt an sein Krankenbett. Möge der praktische Arzt sich die nötigen Kenntnisse in der Kinderheilkunde erwerben, und der Patient wird ihn ebenso willig an sein Krankenbett holen, wie den qualifizierten Spezialisten. Aber wir verlangen freien, ungehemmten Wettbewerb, nur bestimmt durch das Können des Arztes und das Vertrauen des Kranken. Das Gebiet der Kinderheilkunde

darf nicht umgrenzt werden durch Richtlinien und Strafbestimmungen, sondern durch die Fähigkeit und das Wissen des Kinderarztes und das daraus ihm entgegengebrachte Vertrauen des Kranken. Salus aegroti suprema lex!" (HULDSCHINSKY, 1928).

In Band 55 des Ärztlichen Vereinsblattes 1928 steht folgende "Mitteilung der Geschäftsstelle": "Der Geschäftsausschuss hat beschlossen, das Thema 'Die Abgrenzung der Facharztgebiete der inneren Medizin und der Kinderkrankheiten' als besonderen Punkt auf die Tagesordnung des Danziger Ärztetages zu setzen. Er hat Herrn San. -Rat Dr. Reimers-Wandsbeck zum Referenten bestellt."

Und weiter: "Zwecks Klärung der Ansichten und zum Ausgleich bestehender Gegensätze traten Vorstandsmitglieder der Zentralverbände am 6. Februar in Berlin mit massgebenden Vertretern der Internisten, Kinderärzte und praktischen Ärzte zu einer Aussprache zusammen. Allseitig war der Wunsch erkennbar, die Fassung der Bremer Richtlinien in den auf die verschiedenen Spezialgebiete der inneren Medizin und der Kinderkrankheiten Bezug nehmenden Punkten einer Nachprüfung zu unterziehen. ... Ein für die Ärzteschaft befriedigendes Ergebnis lässt sich bei einer Aufrollung der Facharztfrage in den genannten Punkten nur erwarten, wenn es gelingt, schon vor der Tagung einheitliche Leitsätze aufzustellen, die den Interessen der Gesamtheit dienen. Die Bundesvereine werden zwecks weiterer Vorbereitung der späteren Vorlage daher aufgefordert, der Geschäftsstelle bestimmt formulierte Vorschläge zuzuleiten, die klar erkennen lassen, in welchen Punkten der Wortlaut der Richtlinien geändert werden soll. ..."
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 55: 99 (1928).

Das Eingreifen der Kinderärzte in die Allgemeinpraxis, die zu grosse Zahl der Fachärzte und die damit verbundene wirtschaftliche Schädigung greifen zwei Praktiker auf:

"Eine bessere Anerkennung der Notwendigkeit des praktischen Arztes kann uns gar nicht zuteil werden, als wie sie in der Tatsache liegt, dass viele Fachärzte in das Gebiet des Allgemeinpraktikers übergreifen. ... Der Facharztbegriff im guten alten Sinne wird so lange nicht aufrechtzuerhalten sein, als es für Fachärzte keinen numerus clausus gibt. Überall machen sich die vielzuvielen bemerkbar. ... Auf zwei Facharztgebieten erscheint ein Abweichen von den bisherigen Gepflogenheiten besonders dringlich. Ich meine das Gebiet des Kinderarztes und des Internisten. Auf diesen beiden Gebieten ist ein Übergreifen in die Allgemeinpraxis und umgekehrt gar nicht zu vermeiden. Jedenfalls sollte man für mittlere Städte bis 100 000 Einwohner, wenn ein fachärztlicher regionaler numerus clausus eingeführt wird, weder Kinderärzte noch Internisten zulassen. Dafür aber schaffe man neue Ausbildungsmöglichkeiten für den Allgemeinpraktiker und sorge dafür, dass er auf diesen beiden Gebieten sich Kenntnisse und Fähigkeiten erwirbt, die ihm neben dem auf diesen Gebieten besonders ausgebildeten Kollegen eine feste Stellung sichern. ... Bei der Abgrenzung der Teilgebiet der inneren Medizin stehen sich nicht einfach zwei Ansichten, die der Praktiker und Spezialisten gegenüber. Der moderne Arzt hat nicht allein durch die Besonderheit seiner Ausbildung, sondern durch die Art seiner Klientel, den Ort seiner Berufstätigkeit und die Mittel, welche ihm zur Verfügung stehen, eine besondere Charakterisierung gewonnen. Sie bedingt seine Wünsche und Ansichten zu dem zur Verhandlung stehenden Thema. Aus der gesammelten Erfahrung kann man schon feststellen, dass der Internist mit eigener Klinik über die Regelung anders denkt als der frei praktizierende Spezialarzt für innere Krankheiten. Umgekehrt wünscht der Praktiker in der Stadt eine andere Lösung

wie der Landarzt. Gemeinsam ist nur eine allgemeine Unzufriedenheit mit dem bestehenden Zustand; gemeinsam ist auch die Befürchtung, dass eine weitere Entwicklung in der angegebenen Richtung, ein weiterer Zerteilungsprozess zunächst wirtschaftlich die ungünstigsten Zukunftsaussichten eröffnet. ..."
(GROTH, HEINEMANN, 1928).

Um die erstarten Fronten zwischen Pädiatern und Internisten auf der einen Seite und praktischen Ärzten andererseits etwas in Bewegung zu setzen, arbeiten berufene Vertreter beider Lager Leitlinien aus, über die dann der Ärztetag in Danzig entscheiden soll.

"Leitsätze zu dem Referat 'Die Abgrenzung der Facharztgebiete der Inneren Medizin und der Kinderkrankheiten' für den 47. Deutschen Ärztetag in Danzig. Berichterstatter: San. -Rat. Dr. REIMERS-Wandsbeck. In einer am Sonntag, dem 13. Mai, unter dem Vorsitz von Geh. San. -Rat Dr. Stauder in Berlin stattgehabten Sitzung haben sich berufene Vertreter der Praktiker, Internisten und Kinderärzte über den wesentlichen Inhalt der nachfolgenden Richtlinien geeinigt.

A. Allgemeines. I. Die Bremer Richtlinien zur Facharztfrage haben sich im allgemeinen gut bewährt. Nur zwischen Internisten und Kinderärzten auf der einen, Praktikern auf der anderen Seite ergaben sich Unstimmigkeiten, die durch eine neuerliche Abgrenzung dieser Gebiete voneinander beseitigt werden müssen. Die notwendige Einigung ist nur zu erzielen durch Verzicht auf überspannte Forderungen, durch gemeinsames Suchen nach einer mittleren Linie mit dem Ziel vertrauensvoller Zusammenarbeit der genannten Gruppen in der Praxis. Dazu erforderlich ist die ausgiebige Anwendung akademischen Anstandes und Taktes. II. Nachdem der Bremer Ärztetag Internisten und Kinderärzte als grosse Fachgruppen anerkannt hat, erscheint es von vornherein unethisch, den

genannten Facharztgruppen Beschränkungen aufzuerlegen, die geeignet sein würden, ihnen die Lebensmöglichkeit zu nehmen. III. Von den Internisten und Kinderärzten ist unbedingt zu fordern, dass sie sich der auch bei den übrigen Fachärzten geltenden Sitte der höheren Honorarforderung in der Privatpraxis anschliessen (mindestens das Doppelte der ortsüblichen Sätze).

B. Gruppen. 1. Internisten... 2. Kinderärzte... Die Ausbildung der Kinderärzte soll durch Ausbildung auf dem Gebiete der inneren Medizin ergänzt werden (vier Jahre Gesamtausbildung, davon mindestens ein Jahr innere Medizin)... 3. Praktiker... Der Allgemeinarzt ('Vollarzt') ist nach seinem in der Vorbildung erworbenen Wissen durchaus berufen und imstande, sich erfolgreich auf dem Gebiete der Behandlung kranker Kinder zu betätigen. Der Deutsche Ärztetag hält es für seine Pflicht, ausdrücklich zu bekunden, dass das deutsche Volk wieder mehr in dem gut allgemein durchgebildeten Hausarzt seinen berufenen Berater erblicken muss. Ihm soll die Betreuung kranker Kinder in Gemeinschaft mit dem Kinderarzt obliegen.

C. Direktiven bezüglich der fachärztlichen Besuchstätigkeit. 1. Fachärzte für innere Medizin sowie Kinderärzte müssen sich streng auf ihr Fach beschränken und dürfen nicht Hausärzte sein, d.h. sie dürfen nicht neben dem ihnen fachärztlich übertragenen Fall an die übrigen Familienmitglieder Rat erteilen. 'Fachärztliche häusliche Tätigkeit' darf nicht eine 'hausärztliche Tätigkeit' werden. 2. Sie dürfen überwiesene Fälle nur für den einzelnen Krankheitsfall behandeln, sie müssen die Behandlung anderer oder neuer Erkrankungen desselben Falles an den überweisenden Hausarzt zurückgeben. Die Entfremdung von dem in der Familie regelmässig tätigen Hausarzt durch den Facharzt ist verwerflich und liegt auch nicht im Interesse der betreffenden Familie. Dagegen

darf der Hausarzt dem Wunsch auf Hinzuziehung des Facharztes nicht Widerstand entgegensetzen. 3. Fachärzte können Hausbesuche machen: a) ohne weiteres, wenn Patienten, die in ambulanter Behandlung sind, bettlägerig werden oder das Haus hüten müssen, und zwar solange sie nicht wieder zur Sprechstunde kommen können; b) ohne weiteres, wenn es sich um den ersten Besuch handelt; c) werden weitere Besuche gewünscht, so gelten im allgemeinen die Bestimmungen der Standesverordnungen der Ärztekammern... Der Facharzt hat beim ersten Besuch insbesondere festzustellen, ob eine in sein Sonderfach gehörende Erkrankung vorliegt und ob eine häusliche Behandlung notwendig ist. ...

Keine Einigung wurde erzielt über die Begrenzung der kinderärztlichen Tätigkeit durch das Alter des Kindes. Es wurde daher beschlossen, die Erörterung dieser Frage vorläufig zu vertagen und den Versuch zu machen, sie nach dem Danziger Ärztetag der Lösung zuzuführen." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 55: 275-277 (1928).

In einer Vorbemerkung zum Danziger Ärztetag heisst es: "... dürften bei der auf Betreiben des Verbandes der praktischen Ärzte auf die Tagesordnung gesetzten Frage der 'Abgrenzung der Facharztgebiete der inneren Medizin und der Kinderheilkunde' die Meinungen stark auseinandergehen, da sich hier leider zwei Interessengruppen gebildet haben und auf beiden Seiten vitale Notwendigkeiten als Beweisgründe ins Feld geführt werden. Das zur Debatte stehende Thema ist mit Recht als heisses Eisen innerhalb der ganzen Facharztfrage bezeichnet worden, und in der Tat wird es schwer möglich sein, eine ganz scharfe Grenzbestimmung, eine klare Reglementierung zu finden, die beide Teile befriedigt. Es scheinen auch die Verhältnisse in der Grosstadt hierbei wesentlich anders zu liegen als in Mittel- und kleineren Städten, und so wird bei einer Eini-

gung auf mittlerer Linie wahrscheinlich dem Einfluss der Zuständigkeit der örtlichen Standesvertretung vieles überlassen bleiben müssen, ebenso auch dem kollegialen Takt der beteiligten Arztgruppen. Ganz falsch wäre es aber, dieses von vornherein stark umstrittene Teilproblem etwa als Prüfstein für die Regelung der Facharztfrage überhaupt ansehen zu wollen. Diese hat sich, das kann ohne Schönfärberei ausgesprochen werden, in den vier Jahren ihrer Geltung im grossen und ganzen gut bewährt; sie hat zur rechten Zeit noch Ordnung geschaffen, wenigstens einem heillosen Chaos vorgebeugt, und die Bremer Richtlinien haben sich nicht nur in der Ärzteschaft selbst in der Hauptsache durchgesetzt, sondern auch in der Öffentlichkeit, wiederholt auch schon in der Rechtsprechung und besonders wirksam innerhalb der kassenärztlichen Verhältnisse. - Der Referent über diesen Punkt der Tagesordnung hat unzweifelhaft eine sehr schwierige Aufgabe übernommen. Man hat sich redlich bemüht, eine Persönlichkeit zu finden, die von vornherein möglichste Unparteilichkeit nach beiden Seiten hin mitbringt und in langer ärztlicher Praxis die Verhältnisse der Wirklichkeit kennengelernt hat. An eins muss nämlich auch immer wieder erinnert werden, dass eine Regelung, die nicht aus dem Leben schöpft und die Faktoren der Wirklichkeit berücksichtigt, unfruchtbar bleiben muss; eine starre Reglementierung wird zu leicht von der natürlichen Entwicklung überflutet und damit innerlich unwirksam gemacht." Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 55: 286-287 (1928).

Vor dem Danziger Ärztetag werden im Ärztlichen Vereinsblatt noch einige Artikel veröffentlicht, die die Auseinandersetzung zwischen Kinderärzten und Praktikern beinhalten. Die Autoren weisen einmal darauf hin, dass die wissenschaftliche Entwicklung zur Pädiatrie führte, die jetzt ein fester Begriff sei. Und die Historie lasse sich nun mal nicht zurückschrauben. Gegenseitige Rücksichtnahme könne

die Zusammenarbeit beider Arztgruppen erleichtern. Wir lesen aber auch, der Pädiater schädige die Hausärzte materiell, die Tätigkeit der Pädiater beinhalte eine Umkehr der normalen Verhältnisse und der Hausarzt sei der eigentliche Kinderarzt.

So schreibt ein Professor STRUBE aus Bremen unter dem Titel "Praktischer Arzt und Facharzt" unter anderem: "... Es ist ja begreiflich, dass sich im Grenzgebiet zwischen der Tätigkeit des praktischen Arztes und der genannten Fachärzte Kompetenzkonflikte ergeben haben, da die Hauptleistung des Allgemeinpraktikers stets in der Behandlung innerer Krankheiten bei Erwachsenen und Kindern bestanden hat; das Erscheinen zahlreicher Internisten und Kinderärzte als Berufspraktiker musste daher die Tätigkeit des praktischen Arztes erheblich beeinflussen, und da sein Arbeitsgebiet gleichzeitig durch die Entwicklung des modernen Fürsorgewesens und durch die fachärztliche Ausgestaltung mancher Zweige der sozialen Heilkunde ... stark beschnitten worden ist, ist die Unruhe selbstverständlich, die sich in den Reihen der Allgemeinpraktiker in steigendem Masse bemerklich gemacht und in den letzten Jahren zu organisierten Abwehrmassnahmen geführt hat. Es ist auch begreiflich, dass dabei in erster Linie der Wunsch entstanden ist, durch eine Revision der Bremer Richtlinien das Arbeitsgebiet der Internisten und Kinderärzte weitgehend zu beschränken, die Internisten auf Konsiliar- und Sprechstundentätigkeit, die Kinderärzte auf die Behandlung der ersten drei oder sechs Lebensjahre zu begrenzen.

Diese Wünsche erwiesen sich aber bei einer nüchternen Kritik der tatsächlich bestehenden Verhältnisse als undurchführbar. Die fachärztliche Entwicklung, die zum Internisten und Kinderarzt geführt hat, lässt sich durch Willenskundgebung eines Teiles der deutschen Ärzteschaft und durch Beschluss eines Ärztetages nicht aufhalten

oder zurückschrauben. Wenn die wissenschaftliche Entwicklung der Gebiete der inneren Medizin und der Kinderheilkunde bei den Ärzten den Antrieb zu einer Sonderbeschäftigung in diesen Gebieten geschaffen hat, und die Durchführung dieser fachärztlichen Tätigkeit sich in der Praxis bewährt, so dass dem Angebot dieser ärztlichen Leistungen die Nachfrage entsprochen hat, so kann die Abschaffung dieser ärztlichen Praxisform nicht deshalb gefordert werden, weil eine ältere Form der Berufsausübung dadurch ausser Kurs geraten ist, es sei denn, dass nachgewiesen werden könnte, dass diese neuzeitige Berufsausübung sinngemäss nicht berechtigt sei und als schädlich für die wesenhafte Aufgabe der Heilkunde abgelehnt werden müsse. Das letztere kann aber weder für den Facharzt für innere Medizin noch für den Kinderarzt behauptet werden. Vom Kinderarzt kann man vielleicht sagen, dass er in dem Typus, unter dem er zumeist erscheint, nicht eigentlich Facharzt ist, sondern Allgemeinpraktiker für das Kindesalter. Es ist daher die Frage aufgeworfen worden, ob es nicht das richtige sein würde, hieraus die Konsequenz zu ziehen und den Kinderarzt hinsichtlich seiner kollegialen Stellung und der Entlohnung seiner Leistungen dem praktischen Arzt gleichzustellen. Da indessen die Kinderärzte selbst den Willen haben, ihre Stellung als Fachärzte zu behalten, ist diesem Wunsch in den Thesen des Berichterstatters zum Ärztetage Rechnung getragen worden. Um so dringender wird dann aber zu fordern sein, dass die Tätigkeit der Kinderärzte dem Lebensalter nach scharf begrenzt wird und dass die Rücksichtnahme auf hausärztliche Rechte genau und loyal von ihnen durchgeführt werde." (STRUBE, 1928).

Über "Praktische Ärzte, Fachärzte und die Bremer Richtlinien" räsoniert Dr. Mühlhausen aus Braunschweig: "... Die Entwicklung, die die beiden Sonderfächer 11 (innere Medizin) und vor

allem 14 (Kinderkrankheiten) in der letzten Zeit genommen haben, ist wohl von keiner Seite vorausgesehen und auch nicht gewollt. Es ist vielleicht noch manchem in Erinnerung, mit welch ungläubigem Erstaunen vor 20 Jahren sowohl Ärzte wie auch Publikum das erste Schild lasen 'Spezialarzt für innere Krankheiten'. Ja, war denn das nicht der praktische Arzt, der Hausarzt? Und eine ähnliche Ablehnung erfuhr das Schild 'Spezialarzt für Kinderkrankheiten'. Ja, hiess es, wozu haben wir denn unseren Hausarzt? Und trotz dieser ersten, auf gesundem Empfinden beruhenden Ablehnung ist es im Laufe der letzten zehn Jahre zu einer fast völligen Umkehr der normalen Verhältnisse gekommen. Der Hausarzt existiert nur noch in einzelnen seltenen Exemplaren; an seine Stelle ist für die Erwachsenen der Familie der Facharzt für innere Krankheiten oder für das jeweils vermeintlich kranke Organ getreten, für die Kinder der Familie der Kinderarzt, aber nicht etwa nur von Fall zu Fall gerufen, sondern von vornherein als 'Kinderhausarzt'. Der praktische Arzt und sogenannte Hausarzt darf die sozialen Krankheitslasten in der Familie übernehmen und das Hauspersonal behandeln. Dass diese Entwicklung keine gesunde ist, liegt auf der Hand. Sie zerstört ein für den gesamten ärztlichen Stand und für die Volksgesundheit wichtiges ethisches Moment, das unbedingte Vertrauensverhältnis der Familie zu dem ständigen Gesundheitsberater der ganzen Familie, dem Hausarzt, als Arzt und Mensch... Worin liegt nun die Ursache der Abkehr vom praktischen Arzt, vom Hausarzt? Die Ursache liegt einmal, entsprechend der allgemeinen Entwicklung im Volke, in der Verflachung und in der Entseelung der Beziehungen der Menschen untereinander. Alle äusserlichen Anziehungs- und Reklamemittel, wie grosse Schilder, schnurrende Apparate und sonstige glänzende Aufmachung, werden kritiklos als Fortschritt geglaubt. ... Eine Klassifizierung der Ärzte in den Augen des

Publikums und eine allmähliche Aushöhlung der ärztlichen Praxis war die Folge, eine Minderung des Ansehens der Allgemeinpraktiker gegenüber dem Spezialarzt und eine schwere Schädigung ihrer wirtschaftlichen Existenz. ... Ein dritter Punkt der Bremer Richtlinien, der allerdings nur die Kinderärzte betrifft, ist die Frage, bis zu welchem Lebensalter des Menschen bei Krankheiten Unterscheidungsmerkmale zwischen Kind und Erwachsenem bestehen. U.E. trifft dies nur für das Säuglingsalter zu. Die sogenannten Kinderkrankheiten vom Säuglingsalter bis zur Pubertät kommen oft genug auch bei den Erwachsenen vor. Die Diagnose und Therapie bei Kindern im Nachsäuglingsalter bieten nicht mehr Unterschiede gegenüber den Krankheiten der Erwachsenen, als sie zwischen den verschiedenen Altersstufen bestehen. ... Und die Psychologie des Kindes, auf die man sich als besondere Domäne des Kinderarztes beruft, kann durch keine Fachausbildung gelernt werden. Sie kann nur erlebt werden. Zu ihrer Beherrschung gehören Anlage und Erfahrung. ... Mit der Bezeichnung 'Facharzt für Säuglingskrankheiten', wie wir sie vorschlagen, würde den Ärzten, die sich auf dieses Sonderfach beschränken wollen. ein weites Tätigkeitsfeld erschlossen werden. Ein Kinderarzt, der über das Säuglingsalter hinaus behandelt, macht nichts anderes als der praktische Arzt." (MÜHLHAUSEN, 1928).

Und weiter: "Nicht der Facharzt, sondern die unaufhaltsame Entwicklung der Zeit hat den Allgemeinpraktiker in jene letzte Verteidigungsstellung gedrängt, von der er jetzt den Kampf gegen die Internisten und Kinderärzte zu Unrecht führt. Er täte besser daran, vor neuen entscheidenden Beschlüssen die Streitfrage noch einmal zu überblicken. Mit der scheinbar umstürzenden Entdeckung der Bakterien und der Einführung bahnbrechender technischer

Neuerungen nimmt das Wissensgebiet der Medizin in wenigen Jahrzehnten so an Umfang zu, dass sich in schneller Folge ein Fach nach dem anderen ablöst. ... Aber statt gegen die wahrhaft schuldige Verworrenheit der geschichtlichen Entwicklung wenden sich die praktischen Ärzte gegen ihre zufälligen Nebenmänner und Mitstreiter: die Internisten und Kinderärzte. Diese Einstellung ist völlig verfehlt, denn die beiden Fachgruppen sind wie die anderen längst zu festen Begriffen der Gesellschaft geworden. ..." (RUBIN, 1928).

Auf der Tagesordnung des 47. Deutschen Ärztetages in Danzig steht unter Punkt 7: "Richtlinien für die Abgrenzung der Inneren Medizin und der Kinderkrankheiten. Berichterstatter: San. -Rat Dr. REIMERS-Wandsbeck." Die Thesen und Argumente, die hier zur Sprache kommen, standen fast alle in den Ärzteblättern bereits zur Debatte: Es handele sich bei diesem Thema um eine wichtige Standesfrage; eine natürliche Entwicklung führe zur Kinderheilkunde, die Tätigkeit des Pädiaters bedürfe aber einer genauen Umschreibung. Denn von Seiten des Kinderarztes drohe dem praktischen Arzt, dem Hausarzt, Gefahr für sein Ansehen und seine wirtschaftliche Existenz. Besonders strittig ist die Frage der Hausbesuche. Kollegiales Zusammenarbeiten, Takt und Rücksichtnahme könnten die Probleme lösen, die man durch strenge Reglementierung nicht aus der Welt schaffen könne. Von den Kinderärzten wird vor allem höhere Honorarforderung verlangt. Es wird weiterhin betont, dass die Kinderheilkunde aus der Inneren Medizin entstanden sei und zu ihr weiterhin enge Beziehungen hegen müsse. Im einzelnen lesen wir im Protokoll des Ärztetages: "... Vorsitzender: Wir kommen zu Punkt 7 der Tagesordnung 'Richtlinien für die Abgrenzung der Inneren Medizin und der Kinderkrankheiten' . Das Wort hat Herr San. -Rat Reimers.

Leitsätze. A. Allgemeines. I. Die Bremer Richtlinien zur Facharztfrage haben sich im allgemeinen gut bewährt. Nur zwischen Internisten und Kinderärzten auf der einen, Praktikern auf der anderen Seite ergaben sich Unstimmigkeiten, die durch eine neuerliche Abgrenzung dieser Gebiete beseitigt werden müssen. Die notwendige Einigung ist nur zu erzielen durch Verzicht auf überspannte Forderungen, durch gemeinsames Suchen nach einer mittleren Linie mit dem Ziel vertrauensvoller Zusammenarbeit der genannten Gruppen in der Praxis. Dazu erforderlich ist die ausgiebige Anwendung akademischen Anstandes und Taktes. II. Nachdem der Bremer Ärztetag Internisten und Kinderärzte als grosse Fachgruppen anerkannt hat, erscheint es von vornherein unethisch, den genannten Facharztgruppen Beschränkungen aufzuerlegen, die geeignet sein würden, ihnen die Lebensmöglichkeit zu nehmen. III. Von den Internisten und Kinderärzten ist unbedingt zu fordern, dass sie sich der auch bei den übrigen Fachärzten geltenden Sitte der höheren Honorarforderung in der Praxis anschliessen. IV. Der Allgemeinarzt (Vollarzt) ist nach seinem in der Vorbildung erworbenenWissen durchaus berufen und imstande, sich erfolgreich auf dem Gebiete der Behandlung innerer Kranker und kranker Kinder zu betätigen. Der Deutsche Ärztetag hält es für seine Pflicht, ausdrücklich zu bekunden, dass das deutsche Volk wieder mehr in dem allgemein gut durchgebildeten Hausarzt seinen berufenen Berater erblicken muss. Ihm soll die Betreuung innerer Kranker und kranker Kinder keinesfalls entzogen werden, wenn er sie auch gelegentlich mit dem Internisten und Kinderarzt wird teilen müssen.

B. Gruppen. 1. Der Facharzt für Innere Medizin. ... 2. Der Facharzt für Kinderkrankheiten. ... VII. Die Ausbildung der Kinderärzte soll durch Ausbildung auf dem Gebiete der Inneren

Medizin ergänzt werden (vier Jahre Gesamtausbildung, davon drei Jahre Kinderkrankheiten und mindestens ein Jahr Innere Medizin).

C. Die fachärztliche Besuchstätigkeit. 1. Fachärzte für Innere Medizin sowie die Kinderärzte müssen sich streng auf ihr Fach beschränken und dürfen nicht 'Hausärzte' sein, d.h. sie dürfen nicht neben dem ihnen fachärztlich übertragenen Fall an die übrigen Familienmitglieder Rat erteilen. 'Fachärztliche häusliche Tätigkeit' darf nicht eine 'hausärztliche Tätigkeit' werden. 2. Sie dürfen überwiesene Fälle nur für den einzelnen Krankheitsfall behandeln; sie müssen die Behandlung anderer oder neuer Erkrankungen desselben Falles an den überweisenden Hausarzt zurückgeben. Die Entfremdung von dem in der Familie regelmässig tätigen Hausarzt durch den Facharzt ist verwerflich und liegt auch nicht im Interesse der Familie. Dagegen darf der Hausarzt dem Wunsch auf Hinzuziehung des Facharztes nicht Widerstand entgegensetzen. 3. Fachärzte können Hausbesuche machen: ... Der Facharzt hat insbesondere festzustellen, ob eine in sein Sonderfach gehörende Erkrankung vorliegt und ob eine häusliche Behandlung nötig ist, ferner ob der Kranke oder seine Familie einen 'Hausarzt' oder einen auch sonst 'gewöhnlich' bei ihr behandelnden praktischen Arzt besitzt, oder ob ein solcher oder ein Facharzt des gleichen oder eines anderen Faches den vorliegenden Fall bereits in Behandlung genommen hat. Treffen diese Voraussetzungen zu, so hat der Facharzt auf einem gemeinschaftlichen Besuch zu bestehen und hat weitere Besuche abzulehnen, falls ihm nicht glaubhaft versichert wird, dass der Kranke oder seine Angehörigen den vorher erwähnten Arzt rechtzeitig und in gehöriger Form benachrichtigt haben, dass man auf seine weitere Hilfe verzichtet. Erst dann darf der Facharzt weitere Hausbesuche machen, solange der

betreffende Kranke die Sprechstunde nicht aufsuchen kann, desgleichen, falls die genannten Voraussetzungen nicht zutreffen, oder der Hausarzt oder der sonst in der Familie behandelnde Arzt einen gemeinschaftlichen Besuch oder die Weiterbehandlung des Falles ablehnt; ... ohne weiteres, wenn Patienten, die in ihrer ambulanten Behandlung sind, bettlägerig werden oder das Haus hüten müssen, und zwar solange sie nicht wieder zur Sprechstunde kommen können. Es ist entsprechend der Standesordnung aber vorher festzustellen, ob ein Hausarzt vorhanden ist. In diesem Falle hat Überweisung an ihn zu erfolgen. ...

Sehr geehrte Damen und Herren! Der Geschäftsausschuss des Deutschen Ärzte-Vereins-Bundes hat mich dazu bestimmt, Ihnen über die Abgrenzung der Facharztgebiete der Inneren Medizin und der Kinderkrankheiten zu berichten mit dem dabei ins Auge gefassten Ziel, die 'heissen Punkte' in der Facharztfrage, wie sie mit Recht genannt werden, einer für das allgemeine ärztliche Wohlbefinden und den Frieden im eigenen Hause durchaus nötigen Abkühlung entgegenzuführen bzw. sie zu beseitigen. Ich darf zu Beginn meiner Auseinandersetzungen im Interesse der möglichst glatten Abwicklung dieser einigermassen heiklen Aufgabe und der Erreichung des gewünschten Zieles ausdrücklich auf die enge Begrenzung des Themas hinweisen. Ich stelle fest, dass es sich nicht etwa um eine erneute Aufrollung der gesamten Facharztfrage, sondern nur um die Gewinnung etwas präziser als bisher gefasster Richtsätze betreffend die unter den Nummern 11 bis 14 genannten Sonderfächer der Bremer Richtlinien handelt: 14. Kinderkrankheiten (nur bis zum vollendeten 13. Lebensjahr, Beratung und Behandlung erwachsener Angehöriger ist grundsätzlich verboten) ...

Meine Damen und Herren! Nur weniges zur Vorgeschichte!

Wenn Sie unsere ärztlichen Blätter zur Hand nehmen, finden Sie schon im Jahre 1907 heftigsten Kampf entbrannt zwischen Praktikern auf der einen, Internisten und Kinderärzten auf der anderen Seite. Es ging dabei hart auf hart um dieselben Fragen wie heute, namentlich der 'Kinderarzt' erhitzte stark die Gemüter. Die von ihm in Anspruch genommene Facharztstellung wurde schwer befehdet, aber schon 1907 wurde die Anerkennung der Kinderheilkunde als Sonderfach von dem sehr klar sehenden LÖBKER dringend empfohlen und die 'Wissenschaftliche Deputation' beschloss dementsprechend. Zugleich nahm sie die fünf 'Löbkerschen Leitsätze' (siehe S. 35 ff.) zur gesamten Facharztfrage an. Leider gelang es aber damals nicht, sie ebenfalls im preussischen Ärztekammerausschuss durchzudrücken. Es würde zu weit führen, im einzelnen hierauf einzugehen. Jedenfalls blieb die Facharztfrage in der Folge trotz verschiedener Versuche ungelöst und führte schliesslich zur Bildung zweier bewaffneter Lager: Facharztverband und Verband der praktischen Ärzte. Die Zustände wurden immer chaotischer. Wieder geordnete Bahnen zu finden und in letzter Stunde eine unheilvolle Spaltung der Ärzteschaft zu verhindern, blieb dem 43. Deutschen Ärztetag 1924 in Bremen vorbehalten. Hier wurden nach tiefschürfenden und erschöpfenden Referaten von Kustermann und Stuelp die 'Bremer Richtlinien' (siehe S. 45 ff.) beschlossen, nach denen für die Zukunft das Verhältnis zwischen Fach- und Nichtfachärzten geregelt werden sollte. Auf Antrag von Stauder wurden diesen Richtlinien zwei grundlegende Thesen vorangestellt: 1. Die Bezeichnung als Spezialarzt oder Arzt für ein spezielles Fach ist ohne Besitz der nötigen Vorbildung unstatthaft. 2. Die Bezeichnung 'Spezialarzt' schliesst grundsätzlich die berufsmässige Ausübung einer allgemeinen ärztlichen Tätigkeit aus...

Meine Damen und Herren! Während also, wie gesagt, die Bremer Richtlinien sich im allgemeinen als durchaus brauchbar erwiesen

haben zur Herstellung friedlichen Zusammenlebens von Vollärzten und Fachkollegen, liessen die Beziehungen zwischen den Fachärzten für Kinder- und Innere Krankheiten auf der einen und den Praktikern auf der anderen Seite durchaus weiter zu wünschen übrig. An manchen Orten kam es zwischen den Gruppen zu fatalen Auseinandersetzungen und grossen Misshelligkeiten. ...
Nun zu den Klagen der sich gegenüberstehenden Parteien. Mit Recht beschweren sich die praktischen Ärzte darüber, dass vielfach gerade Internisten und Kinderärzte sich nicht streng auf ihr Fach beschränken. Es wird gesagt, dass das Facharzttum lediglich als ein bequemes Sprungbrett in die gesamte hausärztliche Tätigkeit angesehen werde und dass man danach handele. Dadurch werde der alte Hausarzt aus seiner Gesamtstellung immer mehr verdrängt. Auch Klagen über Unterbietungen werden laut. Der Kinderarzt ginge so weit, dass man ihn gelegentlich als Hausarzt bei sterilen Ehepaaren finde. Er wüchse sich überhaupt immer mehr zum Hausarzt der Kinder aus und behielte diese Stellung solange, bis die Leute wieder anfingen, kindisch zu werden. ...
Kurz gesagt, haben alle Klagen den Grundton, der Praktiker werde völlig vom Kinderarzt und Internisten ruiniert.

Auf der anderen Seite beschweren sich die beiden Facharztgruppen über äusserst geringes Entgegenkommen auf Seiten der Praktiker. Alle möglichen und unmöglichen Knüppel werfe man ihnen zwischen die Beine. Konsilien, die verlangt würden, verweigere man; die Leistung von Besuchen würde völlig unterbunden, die Zulassung zu den Krankenkassen verwehrt und noch manches andere mehr. Sie stellen die vielleicht nicht ganz unberechtigte Frage, weshalb gerade die Internen und die Kinderärzte wesentlich grösseren Einschränkungen unterliegen sollen als die übrigen Fachärzte. Wenn auch das ganze Problem durchaus nicht in erster Linie von der

wirtschaftlichen Seite aufzufassen ist, erscheint es doch angebracht, einmal einen Blick auf die zur Verfügung stehenden Zahlen zu werfen... Ich will Ihnen aber verraten, dass durchgehends aus der Statistik hervorgeht, dass die Praktiker sicher nicht durch die Internisten und Kinderärzte an den Rand des materiellen Verderbens gebracht werden. Den frei praktizierenden Internisten geht es im allgemeinen nicht sehr glänzend und den Kinderärzten vielfach noch weniger gut... Sicher ist, dass in der grossen Rücksichtslosigkeit im wirtschaftlichen Kampf, in der vielfach zu findenden unbedenklichen Ausnutzung der Konjunktur und in einem häufig anzutreffenden, sehr bedenklichen Mangel an Kinderstube - das muss leider gesagt werden - und in der allzu starken Benutzung der Ellenbogenfreiheit der Schlüssel zu finden ist für die Erklärung des oftmals recht schlechten Verhältnisses zwischen Praktiker und Facharzt.

Meine Damen und Herren! Nicht zu leugnen ist, dass gerade der Vollarzt, wie wir ihn am besten nennen, heute schwer ringt. Wenn aber von ihm für das schwere Ringen und für gewisse Niedergangserscheinungen allein die ihn ja gewiss bedrängenden zwei Facharztgruppen verantwortlich gemacht werden sollen, so ist das doch von Seiten des objektiv Schauenden abzulehnen. Es liegt das zwangsläufig in der Entwicklung, die die medizinische Wissenschaft in den letzten Dezennien genommen hat. Die enorme Erweiterung der Kenntnisse und der rapide fortschreitende Aufschwung der Technik in allen Zweigen derselben mussten zur Bildung von Facharztgruppen führen. Demgegenüber sei aber doch auch einmal gesagt, dass durch die Vergrösserung der Apparatur und der Technik im allgemeinen, an der doch die ganze Ärzteschaft teilhat, auch die Gesamteinnahmen dieser ganzen Ärzteschaft sich erheblich steigern. Das werden sicher viele Rechnungsprüfungsstellen bestätigen.

Schwer zu ringen haben heute fast alle Durchschnittsärzte, seien sie Praktiker, seien sie Facharzt. Das sind die Nachwehen des Krieges, die der Revolution und der Inflationszeit. Die meisten Stände werden in gleicher Weise davon betroffen.

Meine Damen und Herren! Wenn zwei Gruppen einer grossen Gemeinschaft sich so gereizt gegenüberstehen, wie es auch nach Bremen noch bei unseren drei Parteien sich hie und da immer schärfer ausgeprägt hat, so werden naturgemäss von beiden Seiten zur Herbeiführung der Lösung des Konfliktes überspannte Forderungen aufgestellt. Das ist menschlich verständlich, aber politisch unklug. Die Deutschen sind im allgemeinen ausserordentlich wenig politisch eingestellt. Ganz besonders kann man dies von den Ärzten sagen. Bismarck bezeichnete mit Recht die Politik als die Kunst der Erreichung des Möglichen. Daher müssen, wenn man schwierige Situationen klären will, die Heissporne, die vielleicht, bevor es ernst wird, als Pacemaker sozusagen ganz gut zu gebrauchen sind, hinterher in der Versenkung verschwinden. Unter allen Umständen müssen die Gegner das Treffen auf einer mittleren Linie ins Auge fassen. Nach Lage der Dinge, insbesondere des Rechts, kann in der Ärzteschaft an die Stelle der Gewalt und der Vergewaltigung von Minderheiten nur der Kompromiss treten. Nur so wird man einen dauernden Frieden erreichen können, den das Gesamtinteresse der Ärzteschaft gebieterisch fordert. Eine Niedertretung grösserer Minoritäten würde nur das eben beseitigte Chaos erneut wieder heraufführen. Geschähe das in dieser Zeit, könnte man das Verhängnisvolle der Wirkung nicht ausdenken. Wie kann man im Ernst beim Fehlen jeder gesetzlichen Handhabe heissen Fragen ihre Hitze anders nehmen wollen als durch gegenseitige Zugeständnisse? ! Das ist m. E. nicht eine Äusserung der Weichheit, sondern geboren aus politischem Denken. ... Es ist

von keiner ernsthaft zu nehmenden Seite übrigens der Versuch gemacht worden, noch wieder an der Berechtigung des Bestehens der Facharztgruppen für innere und Kinderkrankheiten zu rütteln. Es erscheint auch an sich völlig aussichtslos, sie wieder zu beseitigen, nachdem sie erstmalig 1907 und dann wieder in Bremen erneut anerkannt worden sind. Hat man sie aber anerkannt, so muss es als absolut unethisch bezeichnet werden, wollte man sie nun durch Bestimmungen treffen, die mit einer Hand ihnen das wieder nimmt, was die andere Hand ihnen gab. Hierunter fallen die Forderungen nach ausschliesslich zu verrichtenden Spitzenleistungen, die Beschränkung der Internisten auf rein klinische Tätigkeit, die Zurückdrängung der Kinderärzte auf das Säuglingsalter, das Verlangen des Unterlassens aller Hausbesuche und ähnliche utopistische Ideen.

Meine Damen und Herren! Dicht beieinander wohnen die Gedanken und hart im Raume stossen sich die Dinge. Der Beschluss solcher Sachen würde zu einem unerträglichen Gegendruck seitens der unterdrückten Partei führen und unsere Einheit schmählich in die Brüche bringen. Bei der grossen Kollisionsmöglichkeit zwischen Praktikern und den beiden Facharztgruppen der inneren Medizin und der Kinderkrankheiten erfordert das Zusammenarbeiten eine besonders sorgfältige Anwendung akademischen Taktes und Anstandsgefühls. ... Dass der erforderliche Takt zur Anwendung kommt, darüber zu wachen ist die Hauptaufgabe der ärztlichen Organisationen. Schwere Verstösse sind unschwer ehrengerichtlich zu verfolgen. ...

Ich stehe einem von Dresden gemachten Vorschlag, Kinderärzte zu massregeln, die sich nicht auf Kinderkrankheiten beschränken, durch Honorarkürzungen und Streichung von der Liste der Kinderärzte, durchaus sympathisch gegenüber. Aber das ist

im einzelnen auf Grund der Bremer Richtlinien jeder örtlichen Organisation, es so oder so zu machen, möglich.

Meine Damen und Herren! Ein ganz ausserordentlich wichtiger Faktor, der bei der ganzen Frage stark, viel stärker, als bisher betont wurde, mitzusprechen hat, ist das Publikum. Der Patient ist zweifellos nicht als Alleinbesitz eines Arztes aufzufassen, und man kann sicher dem Publikum ein Mitbestimmungsrecht bei der Wahl des Arztes nicht absprechen. ... Hat einer zum Kinderarzt oder Internisten das grössere Vertrauen, wie wollen wir ihn daran hindern, seine Versorgung von der Stelle zu holen, die sein Vertrauen hat? Auch diese Erörterungen müssen zeigen, dass man sich hüten muss, zu sehr den Weg des Reglementierens zu gehen. Der freie ärztliche Wettbewerb ist sehr schwer zu verhindern, und er schadet auch nichts, wenn er sich in anständigen Formen abspielt.

Meine Damen und Herren! Im Geschäftsausschuss war man sich auch völlig einig darin, dass nur die mittlere Linie Friedenstifter sein könne. ... Er (der Geschäftsausschuss) kann seine Hauptaufgabe nur darin sehen, die Ärzteschaft in sich möglichst geschlossen zu halten und den eigenen Reihen jeden Klassenkampf fernzuhalten. ...

Meine Damen und Herren! Auch die Ausbildung der Kinderärzte ist als einseitig anzusehen, wenn nicht von den vier zu verlangenden Ausbildungsjahren mindestens ein Jahr auf innere Medizin verwendet wird.

Meine Damen und Herren! Ich habe die stille Hoffnung, dass auch diese durchaus gerechtfertigte Bestimmung dazu beitragen wird, Kinderärzte wieder der allgemeinen Praxis zuzuführen. Auch die eben skizzierten Richtlinien der beiden Facharztgruppen empfehle ich Ihrer Annahme. Ich möchte nur noch

hinzufügen, dass die Gesellschaft für Kinderheilkunde wünscht, dass über die Ausbildungszeit nichts beschlossen wird, bevor nicht die zuständigen Stellen, Professoren der Kinderheilkunde und Kinderärzte, auf einer Tagung in Hamburg sich darüber ausgesprochen haben. Bei aller unbeschränkten Hochachtung vor unseren Hochschullehrern glaube ich doch sagen zu dürfen, dass sie nicht ganz selten den Bedürfnissen der Praxis etwas fremd gegenüberstehen. Wenn ich auch überzeugt bin, dass auch sie dem Ausbildungsjahr in der inneren Medizin zustimmen werden, weil es nach der klaren Lage der Dinge nötig erscheint, so möchte ich doch in der Zurückstellung des Punktes eine Verschleppung sehen, die uns immer wieder von dem Endabschluss der Regelung zurückhält. Ich bitte Sie daher, das abzulehnen.

Meine Damen und Herren! Wir haben einen Endabschluss in der Facharztfrage - wenigstens für die nächsten Jahre - dringend nötig.

Schliesslich muss uns noch kurz die fachärztliche Besuchstätigkeit beschäftigen, das grosse Gebiet, auf dem sich in erster Linie das akademische Anstandsgefühl, der akademische Takt und die Kollegialität auszuwirken haben. Wenn in der Praxis von allen Seiten an diese Frage herangegangen wird mit dem notwendigen Wunsche, ein einiges Zusammenarbeiten, das im Interesse aller liegt, zu erreichen, so muss es überall so gut gehen, wie es vielfach heute schon, nicht zum Schaden aller beteiligten Ärzte, sich abspielt. Der Natur der Sache nach platzen hier die Praktiker und die Facharztgruppen am heftigsten aufeinander; in der Mitte steht der schwer gefährdete Referent. Hätten sie beide kriegsrechtliche Befugnisse, so würde der unglückliche Berichterstatter am gleichen Tage wahrscheinlich von beiden zum Tode

verurteilt und exekutiert werden. Hören Sie, meine Damen und Herren, was Praktiker zu diesem Punkte sagen: 'Die Direktiven bezüglich der fachärztlichen Besuchstätigkeit lassen den Fachärzten eine ausserordentlich grosse Freiheit, die sich in weitgehender Weise ausnutzen lässt. Viel grössere Freiheit besitzt der kollegial denkende und handelnde praktische Arzt auch nicht; sie sind daher durchaus abzulehnen.'

Und nun dazu die Fachärzte: 'Es ist zu verlangen, dass die Direktiven unter C so modifiziert werden, dass auch wir sie annehmen können. In der jetzigen Fassung verstossen sie gegen vitale Interessen der Kinderärzte und sind daher unannehmbar.'

Meine Damen und Herren! Mag einem da nicht der Gedanke auftauchen, dass die Mittellinie doch vielleicht gefunden würde? Jedenfalls eignet sich kein Gebiet weniger für die Einschnürung durch starke Fesseln als dieses, und es gibt keins, auf dem man vorsichtiger vorzugehen hätte, weil in seinem Mittelpunkt der Hauptkontrahent steht mit sehr vielen berechtigten und allerdings auch mancherlei unberechtigten Wünschen: 'das Publikum'.

Daneben kommt hervorstechend in Frage das sehr empfindliche Recht des einzelnen Arztes auf die Verrichtung derjenigen Leistungen, zu denen er sich fähig fühlt. Ich möchte meinen, dass die Sätze, die über die Regelung der Besuchstätigkeit sich unter C finden, durch die ihnen nach Möglichkeit gegebene grössere Ausführlichkeit und Klarheit geeignet sein müssen, einigermassen fördernd auf die endgültige Bereinigung der Facharztfrage zu wirken. Ich bitte daher, auch ihnen die Zustimmung nicht zu versagen. Über die Altersbegrenzung der Behandlung von Kindern liess sich am 13. Mai eine Einigung leider nicht erzielen. Die Frage wurde daher zurückgestellt mit der Absicht, ihre Regelung nach dem Ärztetage zu versuchen.

Nach allem, meine Damen und Herren, was ich mir erlaubt habe, Ihnen zu erzählen, werden Sie mir aber wohl glauben, dass ich überzeugt sein muss, dass eine Herabsetzung unter das Pubertätsalter in der Tat aus allen möglichen Gründen sehr schwer möglich erscheint. Dass die Andersdenkenden sich der Wucht der bestimmenden Gründe nach dem Ärztetag auch nicht werden entziehen können, mit dem Ausdruck dieser Hoffnung schliesse ich meinen eigentlichen Bericht. Nun nur noch ein kurzes Wort! Meine Damen und Herren! Die Geburt der Richtlinien war eine sehr schwere, wir standen - man kann wohl sagen - direkt vor der Uterusruptur. Ich selbst muss bekennen, dass ich, je weiter ich in die ganze Frage eindrang, um so vorsichtiger wurde in der Formulierung schroffer Forderungen. Sie erschienen immer deutlicher als unerträgliche Gefahr für unsere so nötige Einigkeit. Es galt zurückzuweichen unter dem Zwang objektiven Denkens, so schwer es auch war. Das, was man möchte, musste dem, was man kann, den Platz räumen. Ich verspreche mir nichts von einer Vertagung und einem etwaigen Begräbnis der Materie in eine Kommission, sondern bin fest überzeugt, dass wir, falls ein dahingehender Antrag angenommen würde, heute in einem Jahr nicht anders stehen werden als hier in Danzig; nur würden wir viele beunruhigende und fruchtlose Verhandlungen inzwischen führen müssen unter weiterer dauernder Gefährdung des Friedens in der Ärzteschaft. Ich bitte Sie von vornherein um die Ablehnung solcher Vertagungswünsche. (Stürmischer Beifall, Händeklatschen).

... Wir kommen zur Aussprache. Das Wort hat Herr Mühlhausen."

Dr. Mühlhausen-Braunschweig: "Die grosszügigen Ausführungen der Herrn Kollegen Stauder haben uns als praktischen Ärzten

gestern wieder mal einen Antrieb gegeben, wie er schöner nicht sein konnte, um uns in der Verfolgung der grossen Ziele des ärztlichen Standes einzufügen. Ich betone das ausdrücklich, denn eine grosse Unzufriedenheit, eine tiefe Verstimmung in den Reihen der praktischen Ärzte könnte unter Umständen zu einer solchen Resignation führen, dass sich weite Kreise der Praktiker von jeder Standespolitik fernhalten (Ohorufe). Man würde das zahlenmässig nicht so merken, denn soviel Korpsgeist herrscht sicher in den Reihen der praktischen Ärzte, aber es ist unbestreitbar, dass die praktischen Ärzte einem oft sagen: 'Ja, was nützt uns das alles, der praktische Arzt, der Hausarzt, ist erledigt, er geht zugrunde.' ... Der praktische Arzt lebt heute zweifellos in einem Stadium der tiefsten Depression, er leidet an der Facharztfrage. Sie ist im grossen und ganzen die Ursache des Niederganges der praktischen Arztes. Der praktische Arzt wird dadurch ganz besonders betroffen, nicht so sehr materiell, sondern ideell. Ich möchte kurz auf die verschiedenen Gründe eingehen, die den praktischen Arzt zu diesem Niedergange gebracht haben. Neben der Sozialgesetzgebung ist der Hauptgrund die Facharztfrage, und die können wir nicht durch Gesetze regeln. Die müssen wir aus eigener Kraft lösen, sie ist eine eminent innerpolitische Frage, wir müssen mit ihr fertig werden. Die Versuche sind ja schon seit 1907 gemacht, aber es war ein grosser Fehler, dass im Jahre 1907 die Kinderkrankheiten als besonderes Fach auf Antrag von Löbker von der Wissenschaftlichen Deputation anerkannt wurden. ... Die Bremer Richtlinien sahen eine Einteilung der Fachärzte in Gruppen vor, und wir konnten uns mit den ersten zehn Gruppen einverstanden erklären. Der Stein des Anstosses waren die Gruppen 11 bis 14, innere Krankheiten, ihre Unterabteilungen

und die ominöse Gruppe der Kinderkrankheiten. Ich will darauf verzichten, Ihnen die einzelnen Paragraphen vorzuführen. Es sind in erster Linie die allgemeinen Sätze, die keine Lösung bringen, in denen es sich handelt um allgemeine Bezeichnungen, wie: 'Im wesentlichen soll er sich beschränken...!' Dann: Was ist 'hausärztliche' Tätigkeit? ... Und damit kommen wir auf den vorläufig unlösbaren Kernpunkt der ganzen Dinge. Wir praktischen Ärzte stehen auf dem Standpunkt, dass hausärztliche Tätigkeit verboten sein sollte. Sie ist darin zu sehen, dass der betreffende Kinderarzt seine Tätigkeit als Kinderarzt in der Familie nach Art der üblichen hausärztlichen Tätigkeit, nämlich in fortlaufenden Besuchen, ausübt oder gar Erwachsene in der Familie mitbehandelt. ..."

Professor GOEBEL-Halle: "Meine sehr geehrten Herren! Wenn ich als Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und als akademischer Lehrer zu kurzen Ausführungen das Wort nehme, so will ich mich im wesentlichen beschränken auf die Frage, inwieweit die Kinderheilkunde eine selbständige Tochter der Medizin ist, ebenso wie die Ohren- und Augenheilkunde, und zweitens, wieweit bei der heutigen Ordnung des Studiums die werdenden Ärzte die Möglichkeit finden, sich für die allgemeine Praxis kinderärztlich derartig auszubilden, dass sie allen wichtigen Lagen gewachsen sind. Daraus wird sich dann von selbst eine Antwort finden auf die andere Frage, ob und inwieweit die Einrichtung eines Facharztes für Kinderkrankheiten für das Wohl des Volkskörpers notwendig ist; und des weiteren wird sich ergeben, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit der Facharzt für Kinderkrankheiten, falls er sich als notwendig erweisen sollte, lebensfähig sein kann. Schliesslich wird sich vielleicht ein

Ausblick eröffnen auf dem Wege zu dem Ziel hin, die Stellung des praktischen Arztes in der Familie als Hausarzt dadurch zu stärken, dass er der tägliche Betreuer des Kindes bleibt oder werden kann. Die Kinderheilkunde hat die engsten Beziehungen zur Inneren Medizin, aus ihr ist sie erwachsen, und ihr Arbeitsgebiet ist geblieben die Innere Medizin des Kindesalters, aber auch seine Physiologie, die Physiologie des Wachstums vom morphologischen wie vom biologischen Standpunkt aus. Am intensivsten ist das Wachstum in der jüngsten Lebensperiode, beim Säugling; dann wird die Kurve zwar flacher, aber das Wachstum bleibt der eigentümlichste Unterschied zwischen Kind und Erwachsenem. ... Nun, mit der Ausbildung der Kinderheilkunde sind immer mehr Krankenhäuser entstanden, und von jeher sind die Krankenhäuser belegt gewesen, nicht nur mit Säuglingen, sondern auch mit grösseren Kindern, und wo Kinderkliniken neu erstanden, gaben die medizinischen Kliniken ihre Kinderstationen an sie ab; also sind die Kinderkliniken schon seit langem vielerorts die einzigen Stätten, wo auch die Pathologie des späteren Kindesalters erforscht wird, und wo vor allem der Assistent, der Student sich mit diesem Gebiet befassen können. ...

Dass sich in dem Augenblick, wo die Kinderheilkunde zu einem Sonderfach sich entwickelt hat, wo sich die Assistenten in den Kinderkliniken jahrelang dem Fach widmen, mit Notwendigkeit der Facharzt für Kinderkrankheiten entstehen musste, bedarf keiner Ausführung. ...

Die letzte und vielleicht wichtigste Frage ist die: Ist der Student der Medizin heute bei seinem normalen Studiengang in der Lage, sich so in der Kinderheilkunde auszubilden, dass er allen in der Praxis vorkommenden Situationen beim kranken

Kinde gewachsen ist? Die Kinderheilkunde muss nur für ein Semester belegt werden. Die Mehrzahl der Studenten hört zwei Semester zu vier Wochenstunden. In überwältigender Fülle treten in jeder Vorlesung neue Bilder vor das Auge des Lernenden, und bis zum Examen weiss er gedanklich das Material zu verarbeiten, so dass die Examensresultate nicht schlecht sind, aber zu einem sicheren Urteil am Krankenbett kann der Student auf Grund dieser Ausbildung nicht kommen, es sei denn, dass er mehrere Monate in der Kinderklinik gearbeitet hat, und das tun die wenigsten von den werdenden Ärzten zur Vorbildung auf die allgemeine Praxis.

Die Lösung kann wohl nur auf eine einzige Art gefunden werden: Der praktische Arzt muss erhalten bleiben, das ist unserer aller Erkenntnis (Bravo! Widerspruch), aber erhalten bleiben muss auch der Kinderarzt (Zurufe!). Er darf nicht gewaltsam abgedrosselt werden, und ich glaube, die Kluft lässt sich überbrücken durch Änderung der ärztlichen Ausbildung. Die Kinderheilkunde in ihrer ungeheuren Bedeutung für den praktischen Arzt muss an Wichtigkeit viel näher als bisher an die grossen Hauptfächer der inneren Medizin, der Geburtshilfe, der Chirurgie herangerückt werden. Damit wird vielleicht eine Verlängerung des Studiums verbunden werden müssen, weil der Student sich auch praktisch mehr betätigen muss als jetzt. Dann aber wird eines Tages der Facharzt für Kinderkrankheiten nicht mehr in dem Masse wie jetzt nötig sein, sondern nur noch für verhältnismässig seltene Spitzenleistungen (Bravo! Klatschen)."

Geheimrat DOERNBERGER-München: "... Wenn die allgemeinen Praktiker heute so scharf auf die Pädiatrie sind und sogar, wie es bei uns vorgekommen ist, die Pädiatrie überhaupt für keine Wissenschaft erklären, für etwas vollkommen Unnötiges und

sagen, es ist jeder praktische Arzt an und für sich schon Kinderarzt, so freut es uns, wenn der praktische Arzt das wirklich ist, aber die Pädiatrie ist doch nach und nach zu einer wirklichen Wissenschaft geworden; sie hat wissenschaftlich ausserordentlich viel geleistet, und wir wollen doch nicht vergessen, was die Kinderärzte im besonderen - gewiss auch alle anderen Ärzte - an sozialhygienischem Dienst am deutschen Volk geleistet haben. ... Was die Hausbesuche betrifft, so ist es gar nicht möglich, dass ein Internist oder ein Pädiater - ich spreche jetzt von reinen Fachärzten - von Sprechstunden allein leben kann, er müsste direkt verhungern; er kann nicht in einer Grosstadt, wo Universitätskliniken, Fürsorgestellen, Polikliniken sind, nur von reiner Kosiliar- und Sprechstundenpraxis leben. Es gibt Fälle, die zu Hause behandelt werden müssen, und dass da der Kollege nicht einem schon behandelnden Arzt in den Weg läuft, das halte ich für selbstverständlich. ...
Was ist erbitte und weswegen mich meine Kollegen hierher geschickt haben, ist das: Wir wollen, dass bestehende, altgewohnte Dinge nicht durch rückwirkende Bestimmungen aufgehoben werden. Wir sind damit einverstanden, dass die Ausbildung der Fachärzte vertieft wird und dass künftig die Bremer Leitsätze durchgeführt werden. Aber wir wünschen vor allem, dass kein Konkurrenzkampf unter den Ärzten entbrennt, sondern Frieden unter die Ärzte auch in dieser Frage kommt (Zuruf: Wollen wir auch! Unruhe)."

Professor STUELP-Mühlheim: "... Dann möchte ich die Herren darauf aufmerksam machen: Nach meinen Beobachtungen fängt die Sache schon an, sich anders zu gestalten. Der Kinderarzt baut langsam ab (Widerspruch). Das dauert nicht mehr lange (Rufe: Na, na!). Verlassen Sie sich darauf (Zuruf: Es gibt keine Kinder mehr! Heiterkeit). Die Internisten werden erst recht

abbauen (Sehr richtig! Bravo!), wenigstens die, die keine Krankenhausabteilung zur Verfügung haben; denn der Internist, der bloss eine Lauf- oder Besuchspraxis hat, kann das gar nicht machen. Also, meine Herren praktischen Ärzte, der Hausarzt, wie man ihn sich jetzt erträumt und erwünscht, der marschiert schon, Sie müssen nur ein bisschen nachhelfen, dann wird die ganze Geschichte erledigt sein. Ich möchte Sie deshalb bitten, nehmen Sie die Leitsätze Reimers en bloc an (Bravo! Zurufe) ..."

Vorsitzender: Wir kommen zur Abstimmung. ... Da zu den Leitsätzen Reimers Abänderungsanträge nicht vorliegen, stelle ich sie en bloc zur Abstimmung. Wer dafür ist, den bitte ich, die Hand zu erheben. Gegenprobe? Gegen vier Stimmen angenommen. ...

Meine Herren! Ich spreche den Wunsch aus, dass wir nunmehr die Bremer Richtlinien in der neuen Fassung von Danzig einige Jahre wirken lassen und Geduld haben, bis sie sich vollständig durchführen, und nicht gleich bei den ersten Kinderkrankheiten meinen, sie müssten schon wieder abgeändert werden, denn dadurch tritt die Beunruhigung der Kollegen erst recht zutage (Sehr richtig!)."
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 55: 48-60 (1928).

## Schluss

Aus unseren historischen Recherchen geht hervor, dass erst die Annahme der Beschlüsse des 47. Deutschen Ärztetages in Danzig 1928, auf dem die Eigenständigkeit und das Lebensrecht der Pädiatrie betont und die Ausbildung der Pädiater geregelt wurden, die Kinderheilkunde zu voller Selbständigkeit und Anerkennung geführt hat.

Das Erreichen des Wendepunktes in der Pädiatriegeschichte wird auch dadurch bekräftigt, dass in den folgenden Jahren im Ärztlichen Vereinsblatt (und später im Deutschen Ärzteblatt) keine Artikel oder Notizen mehr über den Stellenwert oder -unwert der Kinderheilkunde erschienen.

Die Entwicklung, die wir an Hand unserer Quellen bis zu diesem Jahre 1928 verfolgt haben, wollen wir nun noch einmal kurz zusammenfassen:

Im letzten Quartal des 19. Jahrhunderts sind die Berichte, die sich mit unserer Thematik beschäftigen, noch spärlich. Sie deuten schon an, dass sich die Kinderheilkunde, ausgehend von der Inneren Medizin, ohne allzu grosse Hindernisse zu einer selbständigen Wissenschaft entwickelt.

In der Praxis beginnt jedoch schon die Auseinandersetzung zwischen den praktischen Ärzten und den Kinderärzten. Die Hausärzte sehen sich in ihrer Tätigkeit eingeengt und bedroht, vor allem wirtschaftlich. Sie betonen, dass der Kinderarzt in ihr ureigenstes Gebiet, die Behandlung der ganzen Familie, eindringe. Der Praktiker beherrsche die Innere Medizin und könne somit auch Kinder behandeln. Die Kinderärzte heben demgegenüber hervor, sie besässen eine spezielle Ausbildung, die ihnen die

Unterschiede zwischen kindlichem und erwachsenem Organismus mit all seinen diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen gezeigt habe. Sie seien folglich für kranke Kinder zuständig.

Eine gewisse Lösung der Probleme wird in einer einheitlichen Ausbildungsordnung für Spezialisten und der strikten Beschränkung ihres Tätigkeitsfeldes gesehen, worüber die Standesvereine streng wachen sollen.

Die Argumente beider Kontrahenten bleiben auch nach der Jahrhundertwende die gleichen, doch nimmt die Auseinandersetzung an Schärfe zu. In der Praxis billig man dem Kinderarzt höchstens noch die Behandlung von Säuglingen zu, hat aber keine Bedenken gegen die klinische Tätigkeit des Pädiaters. Der Offenbacher Ärztliche Verein findet die Bezeichnung Kinderarzt unwürdig, und eine Verbotsdrohung für Pädiater in Westfalen ruft die dortigen Kinderärzte auf den Plan. Sie betonen die wissenschaftliche Begründung der Kinderheilkunde und schlagen vor, die Kinderarztfrage innerhalb der gesamten Spezialarztfrage zu lösen.

Hiermit beschäftigt sich 1908 die 'Wissenschaftliche Deputation' in Preussen. Sie bestätigt die Daseinsberechtigung der Kinderheilkunde als medizinisches Einzelgebiet und die Möglichkeit, sich nach einer besonderen Ausbildung als Facharzt für dieses Gebiet zu bezeichnen. Es wird betont, dass einer Zersplitterung der Medizin entgegengewirkt werden müsse, natürliche Entwicklungen jedoch nicht behindert werden dürften.

Trotz alledem bangen die praktischen Ärzte weiterhin um ihre Existenz und führen einen wortreichen Kampf gegen das Spezialistentum.

Im Jahre 1918 wird die Kinderheilkunde medizinisches Prüfungsfach. Damit steht die fachliche Qualifikation der Pädiatrie wohl ausser Zweifel.

Dennoch sind die Kinderärzte gezwungen, gegen die weiterhin massiven und zahlreichen Angriffe der praktischen Ärzte ihren Standpunkt zu vertreten: Physiologie und Pathologie des Kindes unterscheiden sich erheblich von der des Erwachsenen, und somit muss auch die Therapie eine andere sein.

Inzwischen werden auch die Forderungen nach Lehrstühlen für Kinderheilkunde nachdrücklicher.

Die 1923 ausgearbeiteten Leitsätze zur Facharztausbildung geben der Pädiatrie weiteren Rückhalt. Sie betonen die Eigenständigkeit des Fachgebietes Kinderheilkunde, legen die Ausbildungszeit für Kinderärzte fest, heben aber auch die Notwendigkeit der Hausärzte hervor, deren Tätigkeit durch die Fachärzte ergänzt werden soll. Ganz allgemein wird das medizinische Spezialistentum durch die Wissensvermehrung begründet. Die Annahme der Leitsätze durch den Bremer Ärztetag 1924 stellt den Facharzt für Kinderheilkunde auf festen Boden.

Der Streit zwischen praktischen Ärzten und Pädiatern wird in den folgenden Jahren mit grosser Akribie fortgesetzt; er entzündet sich nicht zuletzt an der Frage der Hausbesuche, die vom Bremer Ärztetag nicht genügend gelöst wurde. Die Praktiker fordern einen numerus clausus für Fachärzte, die - so behaupten sie - beim Publikum grösseres Ansehen besitzen und dem Hausarzt damit ideellen und wirtschaftlichen Schaden zufügen.

Die Kinderärzte sollen sich in der Praxis mit der Diagnostik begnügen, die Therapie den Hausärzten überlassen und auf

Hausbesuche völlig verzichten. So lesen wir im Ärzteblatt jener Tage. Die Pädiater kontern: Die Praktiker wollen uns aus wirtschaftlichen Gründen vernichten.

Mit dieser Problematik musste sich der Danziger Ärztetag 1928 auseinandersetzen. An den Leitlinien, die zu einer Beilegung der Streitigkeiten zwischen den Parteien führen sollten, arbeiteten praktische Ärzte, Internisten und Kinderärzte gemeinsam: Sie betonen wiederholt, dass die Selbständigkeit der betroffenen Fächer nicht in Frage gestellt werden kann. Zur Lösung der Streitfragen sei vor allem Takt notwendig. Dann wird noch einmal auf die besondere Ausbildung der Fachärzte eingegangen. Über den Allgemeinarzt wird gesagt, er sei durchaus in der Lage, kranke Kinder zu behandeln. Strenge Regelungen der Besuchstätigkeit, die von seiten des Facharztes keine hausärztliche Betätigung werden darf, werden beschlossen. Kommentare zu diesen Leitlinien warnen vor allzu starren Reglementierungen, die leicht von der Entwicklung überholt werden könnten.

In den Diskussionsbeiträgen auf dem Ärztetag 1928 werden noch einmal die bekannten Thesen in den Raum gestellt: Der Kinderarzt treibt allgemeine Praxis, er schädigt den Praktiker wirtschaftlich und ideell. Hausbesuche von Pädiatern müssen verboten werden. Aber auch: Die wissenschaftliche Entwicklung führte zur Kinderheilkunde, Rücksichtslosigkeit ist schuld an der gegenwärtigen Misere, Kollegialität notwendig. Im Plenum setzt sich eine mittlere Linie durch, die von beiden Seiten Verzicht auf überspannte Forderungen verlangt und an deren Stelle Takt setzen will. Die Lebensmöglichkeiten müssen sowohl für den Praktiker als auch für den Kinderarzt erhalten bleiben. Von der Errichtung der Kinderkrankenhäuser führe eben ein

direkter Weg über die pädiatrische Forschung zum Facharzt für Kinderheilkunde.

Die Leitlinien werden schliesslich mit grosser Mehrheit angenommen, jahrelange Auseinandersetzungen beendet.

Dieser dornenvolle Weg eines medizinischen Faches scheint jedoch nicht einmalig zu sein. Gewisse Parallelen drängen sich uns heute auf, wenn wir die Kinderchirurgie betrachten, ein international voll anerkanntes, selbständiges Fach, meist integriert in Kinderzentren, das bei uns diesen optimalen Standort leider noch nicht überall erlangt hat. Dabei muss man sich über folgendes im klaren sein: "Die Kinderchirurgie unterscheidet sich von der allgemeinen Chirurgie in gleichem Masse wie die Kinderheilkunde von der Inneren Medizin." (HECKER, 1972).

Zusammenfassung

- Das Deutsche Ärzteblatt (und seine Vorläufer) als offizielles Organ der Ärzteschaft diente als Hauptquelle in unserer historischen Untersuchung über den standespolitischen Teilaspekt der Pädiatriegeschichte. Dabei trat folgendes Bild zutage:

- Während die Pädiatrie als Wissenschaft Ende des 19. Jh. aufgrund enormer Wissensvermehrung ihren Weg zur Selbständigkeit nahezu unbedindert beschreiten kann, stossen die ersten sich niederlassenden Kinderärzte auf wenig Kollegialität bei den praktischen Ärzten (Streitpunkte: wirtschaftliche, ideelle Fragen, Hausbesuche; gipfelnd in Forderungen der praktischen Ärzte, z. B. nach Tätigkeitsbeschränkung der Pädiater auf Säuglingsdiagnostik).

- Die dadurch aufgeworfene Frage nach der Daseinsberechtigung der Pädiatrie wird 1908 durch die Wissenschaftliche Deputation in Preussen (sie befasste sich mit dem Problem der Zunahme der ärztlichen Spezialisten und ihrer Ausbildung) und durch die Erhebung der Kinderheilkunde zum medizinischen Prüfungsfach im Jahre 1918 positiv beantwortet.

- Die Eigenständigkeit der Pädiatrie betonen die Leitsätze des Bremer Ärztetages 1924, die sich der Facharztausbildung widmen.

- Wie ein roter Faden begleitet der Konflikt zwischen Kinderärzten und Praktikern die Entwicklung der Pädiatrie zur Selbständigkeit.

- Ausführlich setzt sich der Ärztetag in Danzig 1928 mit den Streitpunkten zwischen Kinderärzten und Praktikern auseinander. Seine Forderungen - mit grosser Mehrheit beschlossen - nach Kooperation, Takt, Kollegialität wegen der zwangsläufigen und nicht bis ins letzte zu reglementierenden Tätigkeitsüberschneidungen zwischen beiden Arztgruppen tragen Früchte und beenden die jahrzehntelangen Auseinandersetzungen.

- Stärksten Widerstand gegen die Entwicklung des Fachgebietes Pädiatrie bildeten also die praktischen Ärzte, ein Widerstand, der im Rahmen des Kampfes der Praktiker gegen die ärztlichen Spezialisten generell stattfand, in dessen Mittelpunkt aber die Pädiatrie stand.

- Die volle Selbständigkeit hat die Pädiatrie erst durch die Annahme der Beschlüsse des Danziger Ärztetages 1928 erreicht, die im Zusammenhang mit den Resolutionen der vorangegangenen Ärztetage jegliche Diskussion über die Daseinsberechtigung der Kinderheilkunde und ihre Stellung als Fachgebiet beendeten. Somit fand dieses Thema auch keinerlei Behandlung mehr im Deutschen Ärzteblatt.

Literatur

(Anmerkung: Die Zitatangaben bei Artikeln, die im Ärztlichen Vereinsblatt für Deutschland veröffentlicht wurden, sind in einigen Fällen nicht vollständig, da die angeführten Bände durch Alter oder Kriegswirren lückenhaft und beschädigt sind. Mit Hilfe der in Text und Literaturverzeichnis gemachten Angaben lassen sich aber alle zitierten Veröffentlichungen im Archiv des Deutschen Ärzte-Verlags in Köln einsehen.)


ALSBERG, G.: Bemerkungen zu "Der Spezialarzt für Kinderkrankheiten vom Standpunkte der Praxis aus betrachtet".
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 582: 548 (1906)

ASSMUS: Zur Kinderarztfrage.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 620: 654 (1907)

BARTSCH, H.: Bemerkungen zu "Der Spezialarzt für Kinderkrankheiten vom Standpunkte der Praxis aus betrachtet".
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 582: 543 (1906)

DIEPGEN, P.: Geschichte der Medizin,
vol. II/2, p. 208 (Berlin 1965)

GUTKIND: Der Spezialarzt für Kinderkrankheiten vom Standpunkte der Praxis aus betrachtet.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 580: 497 (1906)

GROTH und HEINEMANN: Die Zukunft der praktischen Ärzte.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 55: 192-194 (1928)

HECKER, W. Ch.: Forderungen und Vorschläge für eine optimale Entwicklung der Kinderchirurgie in Deutschland.
Sonderdruck aus "Der Kinderarzt", 3-6 (1972)

HECKER, W. Ch.: Die Entwicklung der Kinderchirurgie zum integrierten Bestandteil eines pädiatrischen Zentrums.
Sonderdruck aus "Der Kinderarzt", 12 (1973)

JACOBS, K.: Bisherige Erfahrungen mit den Bremer Leitsätzen zur Facharztfrage.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 52: 507-510 (1925)

HULDSCHINSKY: Zur Abgrenzung der Fachgebiete der Inneren Medizin und Kinderheilkunde auf dem 47. Deutschen Ärztetag.
Ärztl. Mitt. Leipzig 33: 704-705 (1928)

JOPPICH, G.: Kinderheilkunde; in: Fischer Lexikon Medizin, vol. III, pp. 180-206 (Frankfurt 1959)

KRECKER: Aus den Vereinen.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 615: 566-570 (1907)

KUSTERMANN und STUELP: Leitsätze zur Anerkennung und praktischen Tätigkeit der Fachärzte.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 50: 117-120 (1923)

LÖBKER: Referat. Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 673: 643 (1908)

LUBINUS: Aus den Vereinen.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 607: 410 (1907)

MÜHLHAUSEN: Praktische Ärzte und Fachärzte und die Bremer Richtlinien.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 55: 331-334 (1928)

PEIPER, A.: Chronik der Kinderheilkunde.
3. Aufl., pp. 161-171 (Leipzig 1958)

PEIPER, A.: Geschichte der Kinderheilkunde; in H. OPITZ und F. SCHMID Handbuch der Kinderheilkunde, vol. I/1, pp. 1-30 (Berlin 1971)

REIMERS: Leitsätze zu dem Referat "Die Abgrenzung der Facharztgebiete der Inneren Medizin und der Kinderheilkunde für den 47. Deutschen Ärztetag in Danzig".
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 55: 275-277 (1928)

RUBIN: Abgrenzung oder Umstellung.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 55: 336-338 (1928)

SIEGERT, F.: Bemerkungen zu "Der Spezialarzt für Kinderkrankheiten vom Standpunkte der Praxis aus betrachtet".
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 582: 545 (1906)

SONNENKALB: Bemerkungen zu "Der Spezialarzt für Kinderkrankheiten vom Standpunkte der Praxis aus betrachtet".
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 584: 606 (1906)

SPANN, W.: Ärztliche Rechts- und Standeskunde, pp. 16-20 (München 1962)

STOCKHAUSEN, J.: Ärztliche Organisation; in: Fischer Lexikon Medizin, vol. I, pp. 76-81 (Frankfurt 1959)

STRUBE: Praktischer Arzt und Facharzt.
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 55: 328-330 (1928)

TELLER, W. M.: Vergangenheit und Zukunft der Kinderkrankenhäuser in Deutschland.
Dtsch. Ärztebl. 7: 444-448 (1976)

TUGENDREICH, G.: Ist der Kinderarzt Facharzt?
Ärztl. Ver. bl. Dtschld. 46: 125-127 (1919)

VOSSSCHULTE, K.: Spezialisierung und fachliche Verselbständigung in der Medizin aus historischer Sicht.
Münch. med. Wschr. 108: 793-797 (1966)

Herrn Prof. Dr. W. Ch. Hecker danke ich
für die Überlassung des sehr interessanten Themas,
die wertvollen Anregungen und Ratschläge bei der Bearbeitung
und nicht zuletzt für die Korrektur dieser Arbeit.

Lebenslauf

Als Sohn des Bauingenieurs Helmut Witt und seiner Ehefrau Agnes Witt, geb. Weidenbruch, wurde ich, Detmar Witt, am 20. Februar 1948 in Köln geboren. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule wechselte ich 1958 auf das Gymnasium Köln-Nippes über. Dort bestand ich 1966 die Reifeprüfung des altsprachlichen Gymnasiums. Anschliessend leistete ich meinen Grundwehrdienst ab und begann im Sommer 1968 das Medizinstudium an der Universität München. Im Frühjahr 1970 legte ich den naturwissenschaftlichen Teil der ärztlichen Vorprüfung und im Herbst 1974 das Physikum ab. Im klinischen Studienabschnitt famulierte ich bisher in der Medizinischen Poliklinik und der Kinderchirurgischen Klinik der Universität München.

Ich beabsichtige, im Herbst 1977 das medizinische Staatsexamen abzulegen.